Nr. 4. R. 1937. LIPIEC — SIERPIEŃ ROK XXXII.

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ.

Z Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Poznańskiego. Kierownik: zast. prof. doc. dr. med. Leon Lakner.

SPRAWA PROFILAKTYKI PRÓCHNICY ZĘBOWEJ W ŚWIETLE NOWSZYCH BADAŃ.

Podał

Doc. dr. L. Lakner.
Zast. prof. Uniw. w Poznaniu.

Higiena jamy ustnej i profilaktyka próchnicy zębów w ostatnich latach stały się zagadnieniem społecznym. Różne badania wykazały, że przez stosowanie odpowiedniego odżywienia można wpłynąć na budowę i jakość układu kostnego i tym samym na uzębienie. Zęby, wadliwie zbudowane skutkiem braku dostatecznej ilości soli wapniowych i rozpuszczalnych w tłuszczu witamin, są mniej odporne na próchnicę, aniżeli zdrowe. Dlatego też pieczę nad uzębieniem dziecka trzeba rozpoczynać od pierwszych dni noworodka.

Dziecko winno być karmione piersią, tym bardziej, że 90% matek w stanie jest wypełnić ten obowiązek.

Dowiedziono, że sztucznie odżywiane dzieci mają przeważnie gorsze zęby, aniżeli dzieci karmione piersią. Mleko krowie, chociaż posiada wyższy odsetek wapnia niż kobiece, nie spełnia swego zadania, ponieważ oseski nie przyswajają sobie całkowitego wapnia tegoż mleka, lecz tylko cząstkę. Mleko zaś z piersi matki wystarcza w zupełności na pokrycie koniecznych zapotrzebowań młodego ustroju.

Odżywianie sztuczne wywołuje u dziecka brak wapnia, co wpływa jednocześnie niekorzystnie na prawidłowe ukształtowanie i zwapnienie zawiązków zębów stałych.

Wynika, że niedostateczna ilość soli wapniowych i witamin, przede wszyst-

kim witaminy C i D, pociąga za sobą tworzenie niedorozwiniętych zębów (Mellanby).

Tiegel udowadnia, że dotychczas uznawana teoria Millera powstawania próchnicy zębów na tle chemiczno-pasożytniczym zajmuje miejsce drugorzędne, lokalne, podczas gdy pierwszorzędną przyczyną o charakterze ogólnym jest mała odporność zęba. *Próchnica jest schorzeniem ogólnym, wynikającym ze zmniejszonej odporności tkanki zębowej wskutek wadliwego odżywiania.* Wywody te mają szczególne znaczenie dla profilaktyki próchnicy zębowej i poparte są badaniami innych autorów, jak Birchner - Brennera, Boitela, Weston A. Price, Hove'go, Buntinga, Guido Fischera, Türkheima, Mc. Collum i in.

Röse stwierdził, że odporność zęba na wpływ próchnicy nie zależy od *ilości* soli mineralnych w zębie, lecz od *rozmieszczenia ich* w tkankach zębowych. Funkcję przyswajania i rozdzielania poszczególnym tkankom wapnia i fosforu, otrzymanych z pożywieniem, przypisujemy gruczołom wkrewnym i prawdopodobnie działaniu witaminy D.

Guimaraes podaje swoje obserwacje, dotyczące *związku systemu nerwowego z normalnym dostarczaniem i przyswajaniem wapnia.* Spotykane niejednokrotnie u dzieci ząbkujących podrażnienia nerwowe przypisuje on w większości przypadków zmniejszeniu się zawartości wapnia we krwi. Wyjaśnia to w sposób następujący: 52 zęby, wytwarzane przez ustrój dziecka, potrzebują bardzo wiele wapnia i ściągają go z wszelkich możliwych źródeł w organiźmie. W tym celu wyciągają one ze krwi wszystkie sole, konieczne dla ich budowy. Przy nieprawidłowym działaniu gruczołów tarczykowego i przytarczycznych, które powodują zbyt słabą zdolność asymilacyjną wapnia i fosforu pokarmowego, łatwo możemy wytłumaczyć sobie nie tylko opóźnienie samego ząbkowania, lecz i wadliwą budowę samych zębów.

Na terenie asymilacji wapnia przez ustrój ludzki zdaje się spełniać ważne to zadanie w wieku niemowlęcym także grasica, która też decyduje częściowo o wzroście dziecka. Wycięcie grasicy podczas dojrzewania ustroju powoduje jego zatrzymanie. Najistotniejszym celem grasicy, według Kantorowicza, jest oddziaływanie na asymilację wapnia przez organizm, tudzież na jego wzrost i kształtowanie się poszczególnych tkanek.

Dotychczas badania o wpływie gruczołów wkrewnych i hormonów na ustrój, zwłaszcza na pochłanianie wapnia i kształtowanie się kości i zębów, są dopiero w zaczątku. Przypuszczam, że sprawa ta z biegiem czasu posunie się o tyle naprzód, że będzie można zająć wobec niej stanowisko ściśle naukowe.

Z powyższego wynika, że sole wapniowe i fosforowe, witaminy oraz prawidłowa czynność gruczołów wkrewnych, regulujących przemianę wapnia w ustroju, są koniecznym warunkiem do wytwarzania i utrzymania prawidłowego stanu kośćca i zębów. Wadliwe działanie któregokolwiek z tych elementów wywołuje w tkankach kostnych stan małej odporności, wskutek czego zęby bardzo szybko ulegają próchnicy.

Ciekawe są badania Mellanby nad wpływem diety na budowę i próchnicę zębów mlecznych. Poszczególne próby i obserwacje wykazały, że dzieci, żywione od pierwszych dni życia witaminą D, nie wykazywały do 6 roku życia żadnej próchnicy, a i później była ona bardzo rzadkim objawem. Autorka stwierdziła wspólnie z Pattisonem, iż po podawaniu dzieciom naświetlonej ergosteryny odsetek próchnicy znacznie się zmniejszył.

Te same spostrzeżenia zrobili Bodney i Drain. Przez 26 tygodni podawali oni 36 dzieciom z rozwiniętą próchnicą zębów pożywienie, zawierające wiele witaminy D i soli wapniowych: tran, naświetlaną ergosterynę, żółtko, masło, mleko. Zamiast chleba dzieci spożywały kartofle, mięso, ryby, jaja, słoninę, sałaty, świeże i gotowane owoce. U dzieci, w ten sposób leczonych, autorzy stwierdzili stwardnienie miejsc próchnicowych i zatrzymanie się procesu chorobowego.

Według badań Mummery'ego u Eskimosów występuje próchnica w 2—3% przypadków (mięso i ryby), u Lapończyków 4—5% (mięso, ryby, mleko, ser), w Ameryce Południowej 27% (przeważnie jarzyny), u Chińczyków 40—41% (przeważnie ryż).

Badania, przeprowadzone na murzynach z Afryki Środkowej, wykazały mały odsetek próchnicy, mimo że spożywają dużo kukurydzy, szkodliwej dla zębów. Trzeba jednak pamiętać, że matki murzynki długo karmią dzieci piersią, a ich ciała wystawione są ciągle na działanie promieni słonecznych. Schorzenie tkanek przyzębnych spotyka się u murzynów często, co można przypisać brakowi witaminy A, nie zawartej w kukurydzy. Murzyni, zamieszkali obecnie w ośrodkach cywilizowanych, wykazują duży procent próchnicy.

Spostrzeżenia, zrobione na wyspie Tristan de Cunha, którą zamieszkuje 163 tubylców, dały następujący wynik: na 154 osób — 128 miało uzębienie zdrowe. Pożywienie mieszkańców składa się z: ryb, kartofli, mięsa wołowego i owczego, świeżego warzywa i mleka. Przetworów zbożowych oraz cukru, herbaty, kawy, kakao spożywają w minimalnych ilościach, gdyż okręty dobijają do nich co kilka lat. Należy jeszcze podkreślić, że higiena jamy ustnej i zębów w naszym pojęciu jest u tych ludzi pierwotnych nieznana.

Nadmienię jeszcze, że w Indiach, w okolicy Punjab, tubylcy, spożywający 4 litry mleka dziennie, mieli zdrowe zęby nawet w starszym wieku.

Nie tylko odpowiednie odżywianie się matki w czasie ciąży, lecz *karmienie piersią posiada też duże znaczenie i wpływ na jakość uzębienia dziecka.* W późniejszych latach i po wyrznięciu się zębów zmiana pożywienia nie wpływa już na jakość twardych tkanek uzębienia. Nie mniej silne przeżuwanie pokarmów przyczynia się do rozwoju szczęk i ich umięśnienia.

Dlatego też jest rzeczą konieczną po wyrznięciu się pierwszych zębów dostarczać dziecku pożywienia o twardszej konsystencji, aniżeli w okresie poprzednim. Postępując w ten sposób, wyrobimy co najmniej pewną odporność dziecięcego uzębienia na czynniki chorobotwórcze.

Colemann zaleca dzieciom odgryzanie mięsa od kości, Nierken żucie sucharków, a Röse spożywanie czerstwego żytniego chleba z twardą, grubą skórką.

Röse w swoich badaniach doszedł do następujących wniosków:

1) dobrze wypieczony, bogaty w różne sole odżywcze chleb żytni o grubej i twardej skórce, utrzymuje zęby w stanie zdrowia, miękki natomiast i ubogi w sole odżywcze chleb pszenny przyczynia się do niszczenia uzębienia;

2) korzystny wpływ spożywania twardego chleba żytniego opiera się częściowo na czynnikach fizjologiczno - chemicznych, częściowo zaś na czynnikach chemicznych;

3) chleb o grubej i twardej skórce można wypiekać tylko z mąki, zawierającej dużo białka i soli odżywczych. Odpowiadający tym wszystkim warunkom chleb żytni wpływa u dzieci korzystnie na rozwój uzębienia;

4) do mechanicznego rozdrobnienia chleba żytniego o grubej i twardej skórce potrzebne jest intensywne żucie, będące z kolei doskonałym bodźcem dla normalnego rozwoju mięśni-żwaczy, jako też części kostnych szczęk. Jednocześnie ślinianki wydzielają duże ilości śliny, wspomagając przez to samo proces trawienia;

5) resztki dobrze wypieczonego czerstwego chleba żytniego łatwiej ulegają wypłukaniu przez prąd śliny, aniżeli pozostałości miękkiego chleba pszennego. Przeżuwanie twardego chleba żytniego o grubej skórce oczyszcza zęby może nawet dokładniej i lepiej, aniżeli najprecyzyjniej wykonana szczoteczka do zębów.

Wadliwy sposób karmienia dziecka, złe ułożenie głowy niemowlęcia do snu mogą powodować nieprawidłowe ustawienie szczęk.

Głowa, pochylona w czasie snu ku tyłowi, powoduje cofanie się dolnej szczęki, rozwarcie ust prowadzi do nawykowego oddychania przez usta.

Głowa, pochylona ku przodowi, sprzyja wysuwaniu się naprzód szczęki dolnej, powodując powstawanie progenii.

Karmienie flaszką jest szkodliwe dla kształtujących się szczęk; mięśnie dolnej szczęki nie pracują i nie dają tym samym podniety wzrostowej rozwijającym się szczękom. Dzieci, karmione flaszką, przyzwyczajają się łatwo do stałego trzymania w ustach smoczka lub palca. Mechaniczny ucisk, wywołany ssaniem palca, zwęża szczękę, wyginając wyrostek zębodołowy w okolicy siekaczy.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że uzębienie stałe, powstające po uzębieniu mlecznym, buduje swoje anomalie na nieprawidłowościach pierwszego uzębienia. Pitt uważa, że 20% wszystkich zniekształceń stałego uzębienia jest w zależności od mlecznych zębów. We wszystkich fazach rozwoju organizmu są momenty niebezpieczne dla kształtującego się aparatu szczękowego. Nieprawidłowe ustawienie zębów mlecznych ułatwia zaleganie pokarmów i wywołuje nawet w najtrwalszych zębach próchnicę.

Na mleczne uzębienie przede wszystkim bacznie winna być zwrócona uwaga. Zgryz dobrze lub nieprawidłowe uformowany zależy od wielu na pozór mało znaczących okoliczności. Zapobieganie przyczynom, wywołującym odnośne anomalie, należy rozpoczynać jak najwcześniej.

Racjonalne odżywianie, pielęgnowanie i fachowa kontrola uzębienia w wieku dziecięcym co najmniej dwa razy w roku posiada olbrzymie znaczenie profilaktyczne, ponieważ w tym okresie skuteczniej można zwalczać schorzenia i nieprawidłowości w uzębieniu, aniżeli w późniejszych latach życia. Jeżeli zachodzi wybitna skłonność do próchnicy zębów, wtenczas winno się kontrolę przeprowadzić systematycznie co dwa miesiące.

Aby zapobiec zniekształceniom, wytwarzającym się na tle przechyleń głowy w czasie snu, należy głowę dziecka układać na nieznacznym podwyższeniu, t. zn. głowa powinna leżeć lekko pochylona ku przodowi. Są do tego celu używane opaski, a mianowicie, wentralne dla zwalczania zbytnich przechyleń głowy ku tyłowi, dorsalne przy przechyleniu głowy ku przodowi.

Należy odzwyczajać dzieci od trzymania obcego ciała w ustach. Aby uniemożliwić ssanie palców, można unieruchomić rączkę w łokciu sztywnym mankietem lub nakładać pończoszkę.

W razie konieczności usunięcia zęba mlecznego należy stosować aparaty utrzymujące lukę poekstrakcyjną (niem. Lückenhalter). Jest to z tego względu ważne, ponieważ zęby, sąsiadujące z luką, okazują zawsze skłonności do przesunięcia się w jej kierunku, co w konsekwencji podczas wyrzynania się zębów stałych może wywołać nieprawidłowości w ich ustawieniu i stworzyć warunki, sprzyjające próchnicy.

Nawet w bardzo trwałych zębach może z biegiem czasu wystąpić próchnica, jeżeli między nimi znajdują się miejsca, ułatwiające zaleganie pokarmów. Dotyczy to przede wszystkim szczelin między ciasno lub nieprawidłowo osadzonymi zębami. Podczas, gdy powierzchnie żujące tak ciasno osadzonych zębów ściśle się stykają, między szyjkami zębów znajdują się klinowate wolne przestrzenie, w których zatrzymują się resztki pokarmów, dające się z trudem usuwać. W tych miejsca, jak doświadczenie uczy, powstają najczęściej ubytki próchnicowe.

Możemy jednak nie dopuścić do wytworzenia się ciasnego osadzenia szeregu zębowego drogą planowej ekstrakcji poszczególnych zębów, albo też drogą ortodontycznego postępowania, jeśli przystąpimy do tych zabiegów we właściwym czasie.

Kronfeld twierdzi że, jeżeli u 11—13-letniego dziecka zauważymy ciasne osadzenie zębów, które drogą zabiegów regulacyjnych nie można usunąć, wtenczas wskazane jest obustronna ekstrakcja pierwszych trzonowców górnej i dolnej szczęki. Uzyskane w ten sposób miejsce pozwala rozsunąć się innym zębom. Zabieg ten posiada następujące dodatnie strony:

1) zapobiega powstawaniu ubytków próchnicowych,

2) stwarza miejsce dla wyrzynających się później zębów mądrości, a przez to zapobiega komplikacjom, powstającym podczas ich utrudnionego wyrzynania; należy jednak zaznaczyć, że wspomnianą ekstrakcję pierwszych trzonowców można wykonać dopiero wówczas, gdy nie stanowią już one punktów oparcia dla zgryzu, t. zn. wtenczas, kiedy dwuguzkowce i drugi trzonowiec uzyskały należytą wysokość. Jeżeli bowiem ekstrakcję wykonamy za wcześnie, wtedy może wytworzyć się zgryz nadmiernie głęboki.

Pierwsze mleczne trzonowce niedorozwinięte lub z przetokami usuwać należy po 10-tym roku, trzonowce drugie po 12-tym roku, umożliwiając w ten sposób zajęcie należnego miejsca zębom stałym. Z tego samego względu nie należy usuwać mlecznych siekaczy przed 6-tym rokiem życia.

Scheidt uważa, że brak jednego nawet trzonowca mlecznego prowadzi do niedorozwoju odpowiadającej strony szczęki.

Większość autorów jest zdania, że ekstrakcję zęba mlecznego traktować należy jako ultima ratio.

Walka z próchnicą na wszystkich polach i wszelkimi środkami oraz umiejętne zapobieganie jej powinno być hasłem nowoczesnej dentystyki.

Tholuck przedstawia nam interesujący obraz próchnicy w wieku dziecięcym. Według nowszych statystyk 80% dzieci, wstępujących do szkoły, ma zęby dotknięte próhnicą, podług Jessena 84%, w wyjątkowych przypadkach zanotowano 22,8% — 26,6% chorych na próchnicę. Przypuszczam, że nie mniejszy procent dzieci, cierpiących na próchnicę zębów, mamy w Polsce.

Leczenie zachowawcze jest jednocześnie ochroną dla sąsiednich zębów.

D. n.

Dział streszczeń.

O niektórych odrębnościach cukrzycy w wieku dziecięcym z uwzględnieniem jamy ustnej. Prof. dr. Priesel Ryszard. Medizinische Wochenschrift nr. 29 r. 1936.

Wiadomo od dawna, że cukrzyca u osób młodych pod pewnymi względami różni się od cukrzycy u osób starszych. Różnica ta polega na tym, że u *osób młodych* ma ona przebieg przeważnie ciężki.

Dzieci, chore na cukrzycę, rozwijają się normalnie, dosięgają wieku młodzieńczego, o ile stale otrzymują odpowiednią ilość jednostek insuliny wraz z właściwym pokryciem kalorycznym. U tych dzieci łatwo dochodzi do stanów kwasicowych i groźnej dla życia śpiączki cukrzycowej.

Natomiast w leczeniu dzieci diabetycznych stosunkowo łatwo można opanować cukrzycowe zaburzenia przemiany i przywrócić normalną gospodarkę węglowodanową.

O innych odrębnościach u dzieci, chorych na cukrzycę, odnotować należy fakt, że dzieci takie rzadko zapadają na gruźlicę płuc, jako powikłanie niewłaśiwie lub wcale nie leczonej cukrzycy, gdyż w takich przypadkach szybko umierają bez możliwości przetrwania długiego okresu choroby, wyniszczającego ustrój, jak to bywa u osób starszych.

W przypadku, gdy młody diabetyk nie otrzymuje w ciągu długiego czasu odpowiednio do swego wieku właściwej ilości insuliny, powstaje t. zw. stan dziecięcy — infantilismus, dziecko nie rośnie, nie rozwija się, długo zostaje w stanie dziecięctwa.

Autor przytacza przypadek cukrzycy u 8-letniego chłopca, który, dzięki diecie i insulinie, otrzymywanej stale w odpowiedniej ilości jednostek do lat 14, rozwijał się zupełnie prawidłowo.

Później — wskutek biedy rodziców chłopiec nie otrzymywał odpowiedniej ilości jednostek insuliny, nie mógł też przestrzegać przepisanej diety, wskutek czego rozwój jego został zupełnie zahamowany. Chłopiec, maiąc lat 17, wyglądał na lat 13, o 18 cm. był za mały, kości rąk odpowiadały trzynastoletniemu, rozwój umysłowy był dobry, dziecięcy; narządy płciowe nierozwinięte. Jednocześnie z zahamowaniem rozwoju powstał ciężki t. zw. ropociek zębodołowy, którego wynikiem była utrata wielu zębów. Prof. Priesel wyraził nadzieję, że przez energiczne leczenie cukrzycy w kierunku należytego insulinowania i dowozu pożywienia. można będzie zwalczyć ten stan tak, aby pacjent stał się młodzieńcem.

Istotnie, po dwóch latach energicznego leczenia, chory urósł o 12 cm., przybrał na wadze 15 kg., narządy płciowe zupełnie rozwinęły się; pojawiło się owłosienie pod pachami, pod względem rozwoju fizycznego nie różnił się od swoich rówieśników.

Prof. Priesel dodaje, że nie jest do przyjęcia przypuszczenie, aby przyczyną zahamowania rozwoju było tylko niedożywianie, że zachodzi tu skomplikowany mechanizm przyczyn, który nie łatwo wyjaśnić.

Podobne przypadki zahamowania rozwoju profesor określa: *insulinowy stan dziecięcy (insulärer Infantilismus)*; zaznacza, że istnieje infantylizm nerek, wątroby i narządów wewnętrznych.

Autor obserwował dwa podobne przypadki zahamowania rozwoju u dzieci diabetycznych w stopniu dziecięctwa. Pod wpływem leczenia przeciwdiabetycznego, mianowicie, odpowiedniej diety i insuliny pacjenci rozwijali się normalnie.

Nie ulega wątpliwości, że obecnie podobne spostrzeżenia można czynić częściej, albowiem w okresie przedinsulinowym dzieci żyły krótko (przeciętnie około dwóch lat po pojawieniu się choroby). Dziś mogą zdarzyć się przypadki, kiedy dzieci diabetyczne otrzymują przez dłuższy okres czasu niedostateczną ilość jednostek insuliny, wtedy rozwój chorego dziecka na tym cierpi. Takie

przypadki infantylizmu insulinowego występują wówczas, gdy brak ścisłej kontroli lekarskiej.

Godnym uwagi jest fakt, iż w przedstawionym przypadku infantylizmu insulinowego wystąpił ciężki *ropociek zębodołowy z chwianiem się zębów:* pewna grupa zębów wypadła; co do innych zębów, nie było innego leczenia, jak usunięcie i zastąpienie ich sztucznymi. W obrazie rentgenologicznym widoczny tu był znaczny zanik wyrostka zębodołowego. Początek ropocieku datował on 14 roku życia i porzedzało go zapalenie dziąseł, bolesne i ciężkie w leczeniu. Pacjent wiele cierpiał, w ostatnich latach nasilenie choroby osłabło, mimo to prawie wszystkie pozostałe zęby chwiały się. Odżywianie było utrudnione. Po wyjęciu wszystkich dolnych i górnych zębów i wprawieniu protez, pacjent więcej nie cierpiał, jadał wszystko, zniknęły objawy zapalenia dziąsła.

Stein, Wagner i Priesel badali jamy ustne chorych dzieci na cukrzycę w ciągu dłuższego czasu i stwierdzili z całą stanowczością skłonność u tych dzieci do rozchwiania się zębów.

Z pośród 62 obesrwowanych przypadków cukrzycy u dzieci — 18 miało wyraźny ropociek zębodołowy; wśród 18 u 5 nie stwierdzono chwiania się zębów; u 11 stwierdzono objawy początku ropocieku, mianowicie, chwianie się zębów, zwiotczenie dziąseł, kieszonki dziąsłowe, przemieszczenie niektórych zębów; u 2 dzieci z grupy infantylizmu insulinowego stwierdzono cięższe zapalenie przyzębia. Chwianie się zębów zależne jest od wieku dziecka i trwania cukrzycy. Najmłodsze dziecko z objawami paradentozy liczyło 11 lat. U tych dzieci stwierdzono paradentozę, u których cukrzyca trwała dłużej. U dzieci z mlecznym uzębieniem ani razu nie skonstatowano paradentozy.

Po usunięciu kamienia nazębnego, przestrzeganie higieny i zastosowaniu odpowiedniego leczenia dziąseł, wstrzymano dalszy rozwój choroby. Z tych względów kontrola systematyczna jamy ustnej dzieci, chorych na cukrzycę, jest konieczna.

Badania uzębienia chorych na cukrzycę dzieci wykazują rzucającą się w oczy *skłonność i podatność zębów do próchnicy.*

Wagner przypuszcza, że przy powstawaniu paradentozy u dzieci diabetycznych obok czynników wewnętrznych odgrywa rolę ustalenie diety właściwej, higiena zębów i dziąseł oraz czas trwania cukrzycy; mają znaczenie również i czynniki wewnętrzne i dziedziczność. Autor ten podaje historię pewnej młodej dziewczyny lat 16, chorej na otłuszczenie, u której stwierdzono ciężką paradentozę, trwającą od 2½ lat, z chwianiem się zębów; krzywa cukru we krwi normalna; nie było żadnych oznak cukrzycy. Matka dziewczyny cierpiała na ciężką paradentozę. Starsza siostra zmarła na cukrzycę podczas śpiączki (coma diabeticum). Należy tu przypuszczać na podstawie tego spostrzeżenia, że cukrzyca i paradentoza opierają się na dwóch różnych czynnikach dziedziczności.

Prof. Priesel podaje, iż występują przypadki długotrwałej cukrzycy bez

najmniejszych objawów paradentozy, i że skłonność do tych schorzeń nie koniecznie musi być ujawniona. Ropociek ma charakter zapalny, co należy mieć na względzie w postępowaniu leczniczym.

Uwagi sprawozdawcy.

Na podstawie wywodów Priesel'a i przytoczonego materiału klinicznego wynika, iż istnieją pod względem klinicznym trzy rodzaje cukrzycy u dzieci, niezależnie od stopnia jej nasilenia, mianowicie: I — cukrzyca nie leczona, II — infantylizm cukrzycowy i III — prawidłowo leczona cukrzyca.

Każda z tych postaci daje odmienny obraz patologiczny ogólny, zarówno jak i *miejscowy w jamie ustnej.*

Odnośnie jamy ustnej prof. Priesel podaje wyniki obserwacji, dotyczące przeważnie chorych dzieci *II-ej grupy.*

Co się tyczy przypadków *I-ej grupy*, t. j. nie leczonej cukrzycy u dzieci, to wobec tego, że te dzieci żyją krótko, zmiany w jamie ustnej nie mogą przyjąć wyraźnych form patologicznych.

Dzieci *III-ej grupy, t. j.* prawidłowo leczone i będące pod ścisłą kontrolą lekarską, mogą mieć zupełnie zdrową jamę ustną, aczkolwiek, jak autor zaznacza, stwierdza się u nich wyraźną skłonność do zmian paradentalnych i próchnicy.

Prof. Priesel, nie będąc odontologiem, nie zwrócił uwagi na *rozwój szczęk i zębów dzieci, chorych na cukrzycę*, nie podaje,

a) czy wyrzynanie się zębów jest normalne u dzieci, nie leczonych insuliną, t. j. takich, które umierają z powodu zatrucia i wyniszczenia w ciągu dwóch lat od momentu powstania choroby;

b) czy w okresie stanu dziecięcego — infantylizmu — również zostaje zahamowany rozwój szczęk i zębów oraz ich wyrzynanie się?

c) czy prawidłowo i normalnie wyrzynają się i rozwijają zęby pod wpływem insuliny i właściwego wiekowi pokrycia kalorycznego?

Ad a) Jeżeli ustrój dziecka nie przyswaja względnie niedostatecznie przyswaja, w zależności od ciężkiego stanu cukrzycy, węglowodanów, niezbędnych do życia i prawidłowego spalania białka i tłuszczów, to w wyniku takiego stanu rzeczy następuje zahamowanie rozwoju fizycznego, wyniszczenie, a nawet śmierć dziecka; w takich przypadkach mogą wystąpić zaburzenia w narządzie zębowo-szczękowym.

Ad b) Jeżeli błędne i niewłaściwe leczenie może spowodować infantylizm nerek, wątroby i narządów wewnętrznych, to zapewne, ten stan nie może pozostawać bez wpływu również na rozwój zębów i ich prawidłowe wyrzynanie się.

Ad c) Na podstaie spostrzeżeń prof. Priesel'a, że dzieci diabetyczne, odpowiednio i właściwie nastawione dietetycznie i przy ściśle ustalonej ilości jednostek insuliny, regularnie i systematycznie aplikowanej, rozwijały się normalnie, wnioskować należy, że zęby i szczęki nie doznają żadnego uszczerbku.

Al. Kohn (st.).

Odgłosy.

I.

SPRAWA BEZROBOCIA W ZAWODZIE LEKARSKO-DENTYSTYCZNYM.

Bezrobocie jako klęska społeczna zostało wszechstronnie oświetlone przez uczonych, polityków, ekonomistów i t. p. Zagadnienie walki z bezrobociem nie schodzi od szeregu lat z łam pism codziennych i prasy fachowej najróżniejszych zawodów. Czytelnik jest zwykle poinformowany m. in. o losie głodujących lekarzy, wiecznie poszukujących pracy inżynierów, wegetujących nauczycieli. Zapytajcie jednak przeciętnego inteligenta co sądzi o zawodzie lekarsko-dentystycznym, a odpowie bez namysłu: „złotodajny zawód, jeden z nielicznych, w którym nie ma bezrobocia". Postawcie to samo pytanie „szaremu" praktykowi, lekarzowi-dentyście, nie mającemu zainteresowań społecznych (takich jest, niestety, wielu), a odpowiedź nie wypadnie jasno, bowiem, jeśli czyta on prasę fachową, to tam nic o tym zagadnieniu nie znajdzie; z drugiej strony — ogłoszenia w gazetach o zaofiarowanych posadach (po części techników dentystycznych) dla lekarzy-dentystów wpływają dezorientująco i wytwarzają wrażenie nawet braku sił fachowych.

Tymczasem artykuł kol. N. w Nr. 3 r. b. „Kroniki Dentystycznej" oświetla przerażające stosunki w naszym zawodzie. Kol. N. stawia przedstawicielom tego zawodu pytania, wzrastające do rozmiarów oskarżenia, a na pytania odpowiedź się znaleźć powinna i to poparta czynami.

Przyczyny bezrobocia, które mimo braku dokładnych danych można uważać za nie mniejsze, niż w innych zawodach, są chyba te same co i w świecie lekarskim. Wyliczając te przyczyny, należy je jednak przegrupować. Trzeba sobie uprzytomnić, że położenie lekarza-dentysty bez pracy jest tragiczniejsze, niż w innych zawodach. Prawnik może być kupcem, urzędnikiem, w gorszym położeniu jest lekarz w wypadku niepowodzenia, ale ostatecznie może z większym lub mniejszym trudem zmienić specjalność względnie pracować w zawodach pokrewnych (ostatnio przemysł farmaceutyczny zatrudnia wielu lekarzy). Lekarz-dentysta natomiast może być tylko lekarzem chorób jamy ustnej i zębów.

Bezrobocie u nas jak i w innych wolnych zawodach jest proporcjonalne do ogólnego zubożenia ludności. O nadmiarze lekarzy-dentystów jak i lekarzy nie ma w Polsce mowy. Zapotrzebowanie ich jest zależne od wielu okoliczności, jak: stan kulturalny kraju, rozwój higieny, gęstość zaludnienia. W każdym razie jest jeszcze wiele pola do pracy. Ludność, której uzębienie jest w straszliwy sposób trawione przez próchnicę wraz z jej następstwami, oczekuje na

naszą pomoc, ale brak u wielu kolegów nawet najmniejszej sumy, potrzebnej do założenia ordynacji na prowincji (choć by urządzenie było kupione nawet na raty) oraz na przetrwanie pewnego okresu, zanim praktyka zacznie się rozwijać, a z drugiej strony niesłychane zubożenie ludności (Kresy Wschodnie), sprawiające, że ludność opłaca wizytę lekarską w razie nieuniknionej konieczności — wszystko to razem nie gwarantuje egzystencji lekarzowi-dentyście. Zaznaczyć należy, że nie otrzymuje on od gminy żadnej pomocy materialnej w postaci jakiegoś subsydium.

Gdy weźmiemy pod uwagę *wzajemny stosunek lekarzy i lekarzy-dentystów do ludności w Polsce,* to stosunek ten odnośnie do innych państw przedstawia poważną różnicę.

Międzynarodowy Związek Lekarzy (Association Professionelle Internationale des Medecins, Paris) niedawno przeprowadził ankietę w sprawie zawodu lekarskiego, otrzymawszy następujący wynik:

Wedle odnośnych cyfr okazuje się, że w Austrii wypada 1 lekarz na 837 mieszkańców, w Hiszpanii 1 na 1000 mieszk., w Kanadzie 1 na 1066, Anglii 1 na 1069, na Węgrzech 1 na 1100, w Szwajcarii 1 na 1140, w Grecji 1 na 1166, w Niemczech 1 na 1237, w St. Zjedn. 1 na 1326, w Palestynie 1 na 1333, w Holandii 1 na 1417, w Belgii 1 na 1460, w Norwegii 1 na 1555, we Francji 1 na 1596, w Czechach 1 na 1666, w Portugalii 1 na 2333, w Szwecji 1 na 2600, w Brazylii 1 na 2666, w Rumunii 1 na 2879, w Bułgarii 1 na 2900, w Polsce 1 na 3100, w Jugosławii 1 na 3450 mieszkańców.

W komentarzu do tego zestawienia Związek wypowiada opinię, że lekarz posiada znośne warunki bytu tylko w tym wypadku, jeżeli może praktykować w środowisku, liczącym conajmniej 1500 mieszkańców, o ile tam atoli nie ma instytucji bezpłatnej praktyki lekarskiej. Rozwój szpitalnictwa w pierwszym rzędzie, ubezpieczeń społecznych w drugim rzędzie, skupienie lekarzy po miastach składają się na fakt ogólnego przesilenia w wolnym zawodzie lekarskim.

Główny Urząd Statystyczny w Polsce podaje, że oszacowanie ludności Polski na dzień 1 stycznia 1937 r. dał liczbę 34,221,000 mieszkańców dla całego Państwa (od roku 1931 czyli w ciągu 5 lat ludność Polski zwiększyła się o 278,000 osób, czyli o 6,5%). Liczba więc ogólna lekarzy, wynosząca w lipcu r. 1936 m. w. *12.612* (Rocznik Lekarski 1936) w stosunku do ludności jest niedostateczna; o przepełnieniu u nas w tym zawodzie nie ma mowy. Kryzys, stwierdzony w Polsce, ma związek z nadmiarem lekarzy tylko w Warszawie, wynoszącym 2638 (wg. Rocznika Lek. 1936), gdy na Kresach i głębokiej prowincji wyczuwa się brak.

Sprawa *stosunku lekarzy-dentystów do ludności* przedstawia się nie lepiej. Korzystam tu ze statystyki wszechświatowej, posiadanej przez redakcję „Kroniki Dentystycznej", według której Austria posiada 2500 lek. dent. na 6 mil. mieszkańców (1 na 2400), Belgia 800 lek.-dent. na 8 mil. mieszk. (1 na 10,000),

Bułgaria 400 lek.-dent. na 4,757.000 mieszk. (1 na 11,900), Chiny 326 lek.-dent. na 320 mil. mieszk. (1 na mil.), Czechosłowacja 1,347 lek.-dent. na 13 mil. mieszk. (1 na 10,000), Finlandia 262 lek.-dent. na 3½ mil. mieszk. (1 na 13,460), Francja 6500 lek.-dent. na 40 mil. ludności (1 na 6154), Hiszpania 1100 lek.-dent. na 22 mil. ludności (1 na 20,000), Japonia 8700 lek.-dent. na 52 mil. ludności (1 na 5900), Niemcy 22,825 na 63 mil. ludności (1 na 2730), Rumunia 407 lek.-dent. na 13 mil. mieszk. (1 na 33,160), W. Brytania 14,000 lek.-dent. na 48 mil. ludności (1 na 3385), Stany Zjednoczone A. P. 66,000 na 122 mil. ludności (1 na 1826), Polska na m. w. 34½ mil. ludności posiada m. w. 3.000 legalnych praktyków (wg. zapewnień redakcji, minimum trzykrotnie więcej *nielegalnych)*, wypada mniej więcej *na 11,500 mieszk. 1 lekarz-dentysta*, w porównaniu więc z innymi państwami większymi daleko od nadmiaru!!

W panowaniu kryzysu wśród lekarzy-dentystów, jak wśród lekarzy-medyków, pewną rolę gra nienormalne rozmieszczenie lek.-dent. Warszawa liczy m. w. 1200 legalnych praktyków, podczas, gdy Kresy, głęboka prowincja i wieś ich wcale nie posiadają. Tu przeważnie pracują nielegalni „praktycy“ (technicy, fryzjerzy, akuszerki, a ostatnio zwykli „gospodarze“, nabywający nawet narzędzia i materiały w składach dentystycznych, naturalnie dowolnie sprzedawane!).

Gdy Warszawa liczy jakoby nadmiar praktyków dentystycznych, czy to bez praktyki, czy też bezrobotnych (nie mających posad), inne środowiska większe i prowincja odczuwają brak lekarzy-dentystów. Tak np. niedawno Kasa Chorych m. Poznania do otwartego Ambulatorium Dentystycznego poszukiwała 12 kandydatów, znalazło się tylko jednak 6 amatorek i to przeważnie z pośród młodszych sił dentystycznych. Warunki były bardzo dobre. Widocznie Warszawa ma swój swoisty urok, z którym nie łatwo się rozstać nawet bezrobotnym.

Względny nadmiar w większych miastach jest pozorny, jeżeli wziąć pod uwagę naczelną kwestię naszego zawodu, dopominającą zarazem i w zagadnieniu bezrobocia, kwestię partactwa, która w rozpatrywaniu sprawy bezrobocia u lekarzy-dentystów była by przyczyną drugo- czy trzeciorzędną.

Partactwo dentystyczne, nie hamowane należycie, rozwija się straszliwie szybko i nie uregulowanie tej sprawy w kierunku jego *bezwzględnego* zwalczenia stawia pod znakiem zapytania całość naszego zawodu.

Jak wyżej nadmieniłem, w Warszawie jest około 1200 legalnych praktyków t. j. ordynacji (t. zw. gabinetów), dochodzi od 350 — 400 tychże, prowadzonych przez rozmaitych techników i różnych partaczy dentystycznych. Pomyślmy: likwidacja działalności tych szkodliwych dla zdrowia publicznego, podważających byt i autorytet zawodu osobników, umożliwiła by pracę w samej stolicy kilkuset kolegom. A w każdym razie warunki bytu lekarza-dentysty uległy by znacznej poprawie.

Trzeba sobie uprzytomnić, że o ile młodemu praktykowi umożliwimy w

należycie wybranej miejscowości utworzenie placówki, przyczynimy się do likwidacji bezrobocia na skromnym choćby odcinku.

Inaczej sprawa przedstawia się w stolicy i w wielkich miastach, gdzie utworzenie placówki nie jest równoznaczne wskutek rozwielmożnionych partaczy, wprowadzających głośno reklamowane „ceny kunkurencyjne“, z pozyskaniem warsztatu pracy, dającego choć by skromne utrzymanie.

Dokładne omówienie sprawy partactwa nie jest moim zadaniem, ani nie leży w moich siłach. Musiał bym poruszyć i zagadnienia etyki koleżeńskiej, zbyt wielkiej ilości kobiet w zawodzie i t. d. i t. d. Zresztą, mamy wyczerpujące omówenie tych bolączek, skreślone w mocnych, bezwzględnych, lecz jakże prawdziwych słowach przez wielce szanownego kolegę redaktora Krakowskiego. Zamiast powtarzania jego niezwykle logicznych wywodów, wystarczy odesłać czytelnika do poprzednich numerów „Kroniki Dentystycznej“.

Nie można pominąć milczeniem *sprawy zetatyzowanej pomocy lekarskiej także lekarsko - dentystycznej w Ubezpieczalniach Społecznych.* Pomoc ta stale redukowana, jest obecnie ograniczona do rozmiarów minimalnych i zorganizowana w sposób odzwyczajający ludność od leczenia zębów. Ubezpieczalnia Społeczna nie jest już instytucją żywą, ale biurokratyczną, której usługi mają charakter dobrodziejstw, wyświadczanych jakby z łaski. Lekarz-dentysta nie ma możności zużytkowania tam swej wiedzy, a o rozwinięciu jakiejkolwiek działalności w dziedzinie stomatologii społecznej nie ma mowy w instytucji, której nazwa brzmi przecież „społeczna“.

Z zagadnieniem i tak małej ilości placówek lekarsko-dentystycznych w Ubezpieczalni Społecznej wiąże się *sprawa kumulacji posad,* nie urastając jednak do tak palącej sprawy, jak w zawodzie lekarskim. W każdym razie w wielu przypadkach stanowiska lekarzy-dentystów Ubezpieczalni zajmują osoby, dla których honorarium (zresztą, nie wielkie) nie jest niezbędne. Tak np. w Warszawie stary praktyk niezależnie od posady w Ubezpieczalni Społ. zajmuje miejsce w jednej z najpoważniejszych szkół, ma prócz tego bogatą praktykę prywatną, a tymczasem o uzyskanie posady w szkole bezskutecznie ubiegał się wychowanek tego gimnazjum, znajdujący się w ciężkich warunkach materialnych!

Należało by również uregulować *sprawę obejmowania posad przez dyplomantów zagranicznych, nienostryfikowanych.* Prawo, jak wiadomo, nie pozwala im na wykonywanie praktyki. Tymczasem ustawa o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej jest samowolnie komentowana przez nostryfikantów i ich szefów w ten sposób, że nie wolno tym pierwszym praktykować pod własną firmą, ale u lekarza to owszem i to „za psie pieniądze“ w straszliwym wyzysku, nie są rejestrowani, nie płacą podatków i t. d. A gdyby prawo było by skruplatnie przestrzegane, a pp. koledzy zostali by zmuszeni do przyjmowania dyplomantów polskich, którzy poziomem swej wiedzy naprawdę nie ustępują zagranicznym, dało by to pracę wcale pokaźnej liczbie młodych kolegów za

wynagrodzeniem, odpowiadającym oczywiście choćby skromnym, ale i ludzkim potrzebom.

Wymieniłem w ogólnym zarysie szereg bolączek, związanych z kwestią bezrobocia w naszym zawodzie, nie mając pretensji do wyczerpania całokształtu zagadnienia. Należało by wreszcie omówić środki zaradcze i wprowadzić je w życie.

Można się zgodzić ze zdaniem, że niemożliwe jest opracowania ogólnego planu walki z bezrobociem, ponieważ jest ono zależne w dużej mierze od sytuacji ogólnoświatowej, a zatem i ogólnokrajowej, ale w naszym zawodzie zależność ta jest większa raczej od specyficznych warunków lokalnych, tak że jest w naszej mocy zahamować pauperyzację i walczyć z nią za pomocą energicznych środków.

Nasi działacze związkowi na wszystkie bolączki mają obecnie jedną odpowiedź: Izba Lekarsko-dentystyczna. Pomijam już sprawę terminu wprowadzenia w życie tej instytucji, terminu dosyć jeszcze odległego, podczas gdy pomoc jest potrzebna natychmiast.

Jak wiemy, Izby Lekarskie funkcjonują b. sprawnie i wiele w sprawie walki z bezrobociem czynią, ale sprawy tej radykalnie nie rozwiązały, a bez poparcia odnośnych zrzeszeń lekarskich sprawa wyglądała by jeszcze gorzej. Farmaceuci, nauczyciele nie mają izb, a jednak stowarzyszenia ich usilnie troszczą się o swych bezrobotnych kolegów. Izba Lekarsko-dentystyczna najwyżej złagodzić może ostrość zagadnienia, ale rozwiązać go całkowicie bez organizacji zawodowych jak i gdzie indziej nie będą mogły.

Jeśli chodzi o naszych działaczy związkowych, głównie starych i doświadczonych, którzy zapewne będą chcieli zająć kierownicze stanowiska w Izbach (Okręgowych), to, sądząc z ich dotychczasowego zainteresowania kwestiami wyżej wymienionymi i prowadzącymi do bezrobocia, należy mieć poważne wątpliwości co do rozwiązania tej sprawy choćby w części w razie urzeczywistnienia ich wysokich aspiracji. Z jakim bowiem programem chcą wejść do Izby? W ich ustach żądanie Izb Lekarsko-dentystycznych jest często komunałem. Czy na terenie swych organizacji okazali dostateczną sprawność w walce z partactwem, firmowaniem i t. d.?

Nie jest jeszcze zapóźno. Czekamy na dyskusję, na szlachetną rywalizację między związkami.

Zanim z tej dyskusji wyłoni się coś konkretnego, należało by uruchomić Pozazwiązkowe Biuro Pośrednioctwa Pracy, prowadzone przez kolegę doświadczonego, biuro, któremu by nie odmówiły pomocy wszystkie zrzeszenia, a także kolega Krakowski. Biuro takie nie tylko pośredniczyło by w obsadzaniu posad między kolegami, należącymi do często zwalczających się stowarzyszeń, ale wskazywało by odpowiednie miejscowości kolegom, chcącym utworzyć samodzielne placówki. Mogło by ono być później wcielone do szeregu instytucji przy Naczelnej Izbie Lekarsko-dentystycznej.

Można by także pomyśleć o zorganizowaniu Funduszu dla bezrobotnych kolegów, umożliwiającego im utworzenie samodzielnych placówek na prowincji.

Należało by gorąco popierać tych kolegów, którzy, znając technikę (jest ich coraz więcej), pragną otworzyć pracownię protetyczną.

Umiejętna propaganda wśród lekarzy, posiadających ordynacje, zdziałać może wiele na korzyść nowych placówek zarobkowych, które mogą być zarazem ważnym czynnikiem w zwalczaniu partactwa.

Zresztą, w tworzeniu pomocy dla bezrobotnych możemy brać przykłady z odpowiednich instytucji lekarskich, Kasy Ubezpieczeniowej i t. d.

Rozwinięcie żywej działalności społecznej w naszym zawodzie ułatwi pracę Izbom Lekarsko-dentystycznym i wychowa działaczy, których dążenia będą leżały poza obrębem osobistych ambicji.

Stanisław Zaks.
lekarz-dentysta.

II.

SPRAWA „PRYWATNYCH KOEDUKACYJNYCH KURSÓW DLA KSZTAŁCENIA PROTETYKÓW DENTYSTYCZNYCH".

Sprawę „Kursów" p. dr. Świtalskiej-Fularskiej szczegółowo omówiliśmy już w poprzednich zeszytach „Kroniki" z punktu widzenia państwowego, społecznego i zawodowego, zatrzymując się na konstrukcji wewnętrznej pod względem odpowiedniego urządzenia, niezbędnego do prowadzenia nauczania zgodnie z współczesnym rozwojem nauki i protetyki, która nota bene nie może być oderwana od ogólnej specjalności odontologii (dentystyki). Nie ulega też bynajmniej wątpliwości, iż „Kursy" p. dr. Świtalskiej-Fularskiej nie mogą być identyfikowane z powstałymi ściśle uczelniami zawodowymi, państwowymi, lub też będącymi pod bezpośrednią kontrolą władz.

Nie chcąc rozwlekać tu tematu, musimy zaznaczyć, iż dążenia Rządu do utworzenia szeregu szkół zawodowych o różnych specjalnościach (typach), jak życie stwierdza, były całkiem celowe. Napływ kandydatów w r. b. do tych uczelni, jak komunikują, jest dosyć liczny, bowiem perspektywy tu bardziej sprzyjają pod względem materialnego zabezpieczenia zarobkowego.

Czy „Kursy" p. dr. Świtalskiej-Fularskiej ściągnęły wielu amatorów (osób płci obojga), nie wiemy. Natomiast wiadomo, że sporo osób dobrze się orientowało, odpowiednio komentując praktyczną wartość „Kursów" pod względem materialnym, nie mówiąc o dosyć poważnych wydatkach na naukę, o wydatkach, związanych z uzyskaniem małej matury, która nota bene daje szereg prerogatyw w różnych dziedzinach pracy zawodowej, życiowo praktyczniejszej pod względem materialnym, o czym już wzmiankowaliśmy.

Ogłoszenie oraz wydawane prospekty „Prywatnych Koedukacyjnych Kursów dla kształcenia Protetyków Dentystycznych“ p. dr. Świtalskiej-Fularskiej w sferach techników dentystycznych, które też wzięte były pod uwagę, pomimo wielkiej zachęty, jak słychać, nie znalazły zbyt wielkiego upodobania. Prawdopodobnie, w grę wchodziły również widoki organizacji studiów protetyki wobec szeregu wymagań technicznych, które w warunkach projektowanych, jako instytucja prywatna, wzorem dawniej zwiniętych szkół dla techników dentystycznych nie dawały rękojmi urzeczywistnienia różnych przyrzeczeń..

Gdy wiele osób odnosiło się z rezerwą do „Kursów“ pani dr. Świtalskiej-Fularskiej wobec braku kompletnego urządzenia, znaleźli się wśród przedstawicieli naszego zawodu bezkrytyczni „politycy“ kawiarniani, całkiem nie orientujący się w sytuacji, w środowiskach nieuświadomionych „uświadamiali“ na „swój“ sposób, nie wiedząc nawet, iż „Kursy“ p. dr. Świtalskiej-Fularskiej de facto nie były jeszcze zorganizowane, t. j. nie posiadały ani kierownika odpowiedniego, ani personelu nauczycielskiego, ani specjalnego, ani też kompletnego w myśl wymagań locum, na które to szczegóły poprzednio już zwróciliśmy uwagę. Specjaliści ci „dobrodziejskich“ usług, lub też wszędzie szukający stosunków osobistych bez oglądania się na celowość o charakterze ogólnym i zawodowym różnych przedsiębiorstw, lubujący się we własnej kompetencji, na szczęście, byli nieliczni; nieraz zapominali oni o swej roli przy zmianie interlokutora, manipulując swoimi poglądami gutaperkowymi ku własnemu zadowoleniu; nie wiedzieli, iż krzywdzą osoby zainteresowane wskutek kierowania ich na niewłaściwe tory.

Pomimo ogłoszenia publicznego i wydanego prospektu, „Kursy“ p. dr. Świtalskiej-Fularskiej niezależnie od Orzeczenia Kuratorium Szkolnego w określonym terminie w r. b. uruchomione nie zostały. Powód nas nie obchodzi. Fakt jest faktem. O niczyich zasługach nie mówimy. A różne przechwałki są chyba zbyteczne.

Aczkolwiek, jak zaznaczono, „Prywatne Kursy Koedukacyjne dla kształcenia Protetyków Dentystycznych“ de facto nie istnieją, p. dr. Świtalska-Fularska, jak się zdaje, otwarcia ich jeszcze nie zaniechała. Świadczy o tym chociażby np. oświadczenie pewnej osobie w dniu 2.X r. b. w kancelarii szkoły kosmetycznej p. Świtalskiej-Fularskiej przy ul. Al. Ujazdowskich 37 (Kancelaria również „Kursów“). Tu też swego czasu udzielano informacji w sprawach „Kursów“. Informowała pewna pani (prawdopodobnie sekretarka) osobę zainteresowaną.

— „Czy mogła bym jeszcze, mimo spóźnionego terminu, być przyjęta na „Kursy“ dla protetyków dentystycznych?“

— „Niestety, na razie nie czynimy zapisów, bowiem „Kursy“ nie zostały jeszcze otwarte“.

— „Czy sprawa ta będzie aktualna w najbliższej przyszłości?“



CIBALGINA

analgeticum, sedativum, antipyreticum

Wskazania:

bóle zębów, bóle po zabiegu, bezsenność spowodowana bólami, **profilaktycznie** u osób o nadmiernej pobudliwości na $^1/_2$ godz. przed zabiegiem.

Dawkowanie:

wewnętrznie po 1—2 tabletek lub 30—60 kropel (1—2 cm^3) z dowolnym płynem.

Domięśniowo lub dożylnie: $^1/_2$ — 1 amp.

Per rectum: w czopkach, przyrządzanych magistraliter, w dawce 0,25—0,5 g.

Postacie:

Tabletki po 0,25 g. Opak. po 4, 10, 15, 100 i 250 szt.
Krople: flak. po 15 i 100 cm^3.
Ampułki po 2,3 cm^3. Opak. po 5, 50 i 100 amp.
Proszek do receptury. Opak. po 10, 25, 50 i 100 g.

Z piśmiennictwa:

„Cibalginę stosuję codziennie i uważam ją za cenny nabytek dla lekarza dentysty w jego praktyce".

Sokalski S. Lek. Dent. (Dent. Wiad. Związk. Nr. 3, 1929).

„Reasumując wyniki naszych kilkumiesięcznych badań, stwierdzić możemy, że działanie Cibalginy jako środka kojącego ból i nasennego jest bardzo dobre i w wielu przypadkach zastąpi z korzyścią narkotyki, powodując podobny skutek bez żadnych ubocznych działań, a co najważniejsze, bez obawy przyzwyczajenia się i szkodliwych następstw".

K. Vincenz i A. Stodnicki (Nowiny Lekarskie 1928, Nr. 9).

◀ PERKAINA ▶

ś r o d e k   m i e j s c o w o - z n i e c z u l a j ą c y

chlorowodorek dwuetyletyleno-dwuamidu kwasu alfa-butyloksycynchoninowego.

Zastosowanie: do znieczulenia nasiękowego i przewodowego w dentystyce.

Dawkowanie: roztwory 2—3 pro mille z dodatkiem adrenaliny (gotowe ampułki).
Za najwyższą dawkę dla miejsc silnie ukrwionych (głowa, szyja) uważa się 0,001 g na 1 kg wagi ciała.

Postacie:

Roztwory 2 pro mille + adrenalina.
Ampułki à 2,3 cm³. Opak. po 10 i 100 amp.

Roztwory 3 pro mille + adrenalina.
Ampułki à 2,3 cm³. Opak. po 10 i 100 amp.

Percainum hydrochloricum pulv. do roztworów wodnych lub alkoholowych. Opak. po 1 i 5 g.

Z piśmiennictwa:

1) Perkaina stanowi w dentystyce użyteczny i niezawodny środek do miejscowego znieczulenia: a) uciskowego, b) nasiękowego i przewodowego, jak również do: c) znieczulenia powierzchownego błon śluzowych i powłok skórnych.
2) Jest najsilniejszym środkiem miejscowo-znieczulającym o działaniu głębokim i długotrwałym.
3) Skuteczne jej działanie daje się stwierdzić tak w znieczuleniu uciskowym zębiny jak i miazgi.
4) Do znieczulenia nasiękowego najbardziej nadaje się roztwór 3 pro mille, którego stężenie w zupełności wystarcza do znieczulenia miazgi i zębiny. Szkodliwego działania na miazgę i zębinę nie stwierdzono.
5) Do znieczulenia powierzchownego używa się roztworu 2% lub 1—2% maści.
6) Nietylko stężenie perkainy, ale i zawartość adrenaliny odgrywa rolę przy znieczuleniu.
7) W dentystyce, z powodu stosowania małych dawek perkainy (przy zużyciu 2—4 ccm. 3‰ roztw. zawartość perkainy wynosi $^1/_8$—$^1/_4$ mg. na kg. wagi; zaś dawka maksymalna dla perkainy wynosi 2—3 mg. na kg. wagi, co stanowi zaledwie 10—20-tą część), nie należy się obawiać jakichkolwiek nieprzyjemnych następstw i ubocznych objawów. Gojenie się ran jest prawidłowe.
8) Po perkainie nie występują nigdy wtórne bóle pooperacyjne.

Dr. Fr. Sienicki („Dentystyczne Wiadomości Związkowe" Nr. 1—2, 1934).

— „Nie mogę udzielić dokładnych informacji w tej sprawie, gdyż obecnie wszystko jest w toku“.

— „A czy w tym roku, a właściwie w styczniu, kiedy normalnie rozpoczyna się drugi semestr na uczelniach, „Kursy“ te przyjmować będą kandydatów“?

— „Możliwe, że tak; sprawa ta, jak zaznaczyłam, jest obecnie w toku; myślę jednak, że do stycznia nie zostaną otwarte, prawdopodobnie w styczniu i wówczas udzielimy dokładnych informacji. O terminie wznowienia zapisów podamy w prasie. Sprawy te nie są jeszcze rozstrzygnięte, są w toku“.

Widocznie, jest tu jakieś nieporozumienie. Z jednej strony — ze źródeł Wyższych Władz Ministrialnych słyszy się, iż sprawa omawianych „Kursów“ p. dr. Świtalskiej-Fularskiej nie jest aktualna, prawdopodobnie w związku z wydaną swego czasu opinią, z drugiej — kancelaria p. dr. Świtalskiej-Fularskiej oznajmia coś wręcz przeciwnego — czyni nadzieje, uważając, iż sprawa ostatecznie nie jest rozstrzygnięta.

„Niech żywi nie tracą nadziei“.

Opinia Wyższych Władz Państwowych, Naczelnej Rady Zdrowia, Zrzeszeń Lekarskich, Ciała Profesorskiego Akademii Stomatologicznej w Warszawie, grona poważnych stomatologów oraz przedstawicieli zawodu dentystycznego jest miarodajna dla każdego obywatela; obowiązuje też wszelkie przedsięwzięcia w jakiejkolwiek bądź dziedzinie naszego życia społecznego. W większej jeszcze mierze obowiązuje przedstawicieli świata lekarskiego. Orzeczenie Kuratorium Szkolnego, jak się zdaje, nie może decydować o nauczaniu protetyki, stanowiącej specjalną katedrę Akademii Stomatologicznej w Warszawie, jako wyższej uczelni akademickiej. W tę specjalną dziedzinę nie mogą wkraczać osoby, z nią nie związane, w jakiej bądź roli wobec braku specjalnej kompetencji.

Pani dr. Świtalska - Fularska, jak już dokładnie wiadomo, znana jest w zgoła innej dziedzinie, w innych specjalnościach: ordynuje w chorobach skóry, włosów i kosmetyki lekarskiej; jest właścicielką laboratorium kosmetycznego higienicznego i kursów racjonalnej kosmetyki (p. ks. telef. z 1937/38, str. 312). W tych dziedzinach korzysta z obszernej praktyki. Ostatnio z ogłoszenia w „Kurierze Warszawskim“ nr. 272 z dnia 3 października 1937 r. dowiadujemy się jeszcze o wznowieniu zapisów na 2-letnie Kursy Sanitarne *(„początek wykładów 20 października; ilość miejsc ograniczona, wymagana mała matura, lub 6 klas gimn. daw. typu, opłata roczna 1200 zł., zniżki indywidualne...“)*. W tej dziedzinie pracy dr. Świtalska-Fularska, jako powaga d. sanitariatu wojennego z czasów legionowych i osoba doświadczona wśród lekarek, istotnie wiele korzyści przynieść może społeczeństwu *(warunki materialne nas nie obchodzą)*. Spotęgowanie swej wyczerpującej pracy przez utworzenie nowej kosztownej i skomplikowanej placówki stanowi pracę syzyfową, ponad siły, zwłaszcza dla kobiety.

Wobec wyżej przytoczonego sądzimy, że p. dr. Świtalska-Fularska w myśl wyżej przytoczonych oświadczeń kancelarii sprawę ostatecznie wyświetli, wziąwszy pod uwagę opinie wymienionych wyżej czynników decydujących.

K.

III.

O AUTORYTET PRAWA.

(ciąg dalszy p. zesz. 5 i 6 r. 1935, 1, 2, 3, 4 r. 1936).

VIII. Technicy dentystyczni — „wolni" praktycy bezfirmowi.

Na innym miejscu szczegółowo omawiamy sprawę, obejmującą *całokształt* zawodu techniczno-dentystycznego u nas. Tu zatrzymamy się nad sprawą *„bezfirmowych" samodzielnych techników dentystycznych*, wykonywających „praktykę dentystyczną", posiłkujących się nieprawnie tytułami prawnymi, lub też u nas nieistniejącymi w myśl postanowień prawnych.

Tacy, jak nam koledzy stale komunikują, istnieją w całej Polsce w znacznej liczbie. Znają ich doskonale koledzy, niektórzy (w liczbie nieznacznej) walczą z nimi nota bene często bezskutecznie; inni koledzy są obojętni, bowiem gorąco wierzą w swoją powagę (zarobkową); tym tamci nie szkodzą; niektórzy wykonawcy prawa są też obojętni, zajęci ważniejszymi sprawami zdrowia publicznego; inni zalecają „przyłapywanie" tych nieprawnych „eskulapów" in flagranti, t. j. podczas wykonywania niedozwolonego zabiegu, a następnie komunikowanie faktu władzy nadzorczej, t. j. podawanie imienia i nazwiska, adresu, może też zajęcia i stanowiska pacjenta lub pacjentki, nie wiedząc, że często istnieje porozumienie, gdy nawet następstwa są kiepskie; są sposoby i sposobiki na „zaspokojenie" pokrzywdzonych (często nieświadomych). O następstwach praktycznej działalności tych „samodzielnych", niezależnych, *niefirmowych* „praktyków" często daje się słyszeć.

Jeżeli zatrzymamy się na liczbie prawnych lekarzy-dentystów w Polsce bez różnicy tytułów *zgodnie z oficjalną statystyką m. w. 3000* (ułamki odrzucamy), to z wielkim prawdopodobieństwem ustalić można obecnie *stosunek prawnego praktyka do technika dentystycznego 1:3,* czyli techników posiadamy już mniej więcej 9000. Nie ma tu przesady, sądząc z tego, co się dzieje nie tylko w stolicy, lecz i w większych osiedlach, w małych, mniejszych i drobnych, w któryh kowal ze swoim tradycyjnym „wyrywaniem" zębów schodzi już na plan drugi. Wśród tej właśnie licznej gromady pracowników (solidnych pracowników wykluczamy) odsetek niezależnych od nikogo czyli „samodzielnych", niefirmowych jest dosyć pokaźny (o firmowanych spółkach pomówimy oddzielnie). Dlaczego nazwiska tych „niezależnych" powtarzane są niemal poufnie przez kolegów z ust do ust, nie wiemy. Mamy liczne organizacje, do któ-

rych mogliby się zwrócić, a które z obowiązku winny były daną sprawą się zająć dla pokierowania do władz nadzorczych.

Musimy tu zaznaczyć fakt dziwny: niektóre zrzeszenia zamiejscowe, do których w tej ważnej dla społeczeństwa i zawodu zwracaliśmy się sprawie załatwiły naszą prośbę... milczeniem po dwukrotnej nawet interwencji (m. in. Lublin, Radom, Piotrków, o czym pomówimy jeszcze).

Dają się słyszeć głosy omawianej kategorii „niezależnych praktyków", iż „napada się" na ich pracę zawodową. Są to głosy o fałszywych tonach. Nic dziwnego, że rażą nawet wśród najbliższej sfery pracowników, nota bene solidnych, którzy są w mniejszości. Z tymi głosami bynajmniej nie liczymy się.

Każdy przyzna, iż wśród przedstawicieli zawodu techniczno-dentystycznego mamy jednostki solidne, sumienne, zdolne, znające swój zawód i temuż oddane. Jednostki te są znane, znane też były dawniej. Lata przedwojenne stwierdzają m. in. ustosunkowanie się naszego pisma do *poważniejszych* przedstawicieli. Prace ich w różnych okresach czasu były u nas drukowane, a niektóre pod względem ujęcia tematu zasłużyły na wyróżnienie (Ziemens, Ordower). Do pracy tych każdy z nas odnosi się z szacunkiem, Gdy dawniej ci cieszyli się dobrobytem i mieli sporo pracy, warunki tej w okresie powojennym znacznie się pogorszyły. Będąc w kontakcie z tymi pracownikami i znając obecne warunki ich pracy, musimy stwierdzić, iż nastąpił tu przewrót w sensie znacznego pogorszenia się ich egzystencji. Co więcej, niektórzy nie mogą już związać końca z końcem i odczuwają poważny upadek zarobków. Zjawisko to ma pewien związek z ogólnym kryzysem, skutkiem czego uwydatniony jest brak szczególnie protetyki nawet u poważnych kolegów, którzy posiłkowali się pracą solidnego grona techników dentystycznych. Pracownicy ci nie chwytają się żadnych niedozwolonych terenów pracy zarobkowej.

Akcentujemy, iż nikt z nas tego rodzaju solidnej pracy nigdy nie zwalczał i nie zwalcza, przeciwnie, pracę tę chętnie w miarę możności popieramy.

Natomiast liczna grupa „samodzielnych", niefirmowanych dowolnych „praktyków dentystycznych", posiłkujących się nieprawnie prawnymi tytułami, również w Państwie nie mającymi debitu, często pracuje całkiem jawnie, ma odpowiednie urządzenia dentystyczne, a więc: fotele, specjalne utensylia i t. d.; nie narzekają oni bynajmniej na brak pracy. Operują przeważnie wśród osób niezamożnych, które za lichotę drogo płacą, nie mówiąc o często spotykanych przykrych następstwach. „Firmowe" lekarki-dentystki, jak ci zaznaczają, im nie imponują. Dowodzi to ich pewności siebie; nie znają żadnych obowiązków, związanych z ich często solidnym zarobkowaniem. Dla pozoru niektórzy „wykupują" tanie świadectwa przemysłowe, aczkolwiek ich proceder w myśl Ustawy o prawie przemysłowym nie jest uważany za przemysł (Rozp. Prezydenta Rzplitej z dnia 7 czerwca 1927 r. Dz. U. Rzp. P. Nr. 53 z dnia 15 czerwca 1927 r.). Co więcej — przyjmują uczniów (nieraz w liczbie mnogiej) na „naukę", rzecz prosta, za sowite wynagrodzenie, niewiele tej nauki dając. Nie liczą

się z prawem o pracy młodocianych, ani z inspektoratem pracy. Urzędy Skarbowe, jak mogliśmy się przekonać, nieraz nie orientują się w pracy tych „dowolnych“ praktyków dentystycznych, poważnie konkurujących z prawnymi praktykami, obniżając wartość i powagę zawodu dentystycznego. Starsi mają naśladowców, rekrutujących się z „uczniów“ tychże, nie chcących uzależnić się od lekarzy-dentystów, lub solidnych techników dentystycznych. Zamożniejsze jednostki urządzają sobie własne „zakłady“ („gabinety dentystyczne“) i potrafią przeszmuglować w pismach codziennych ogłoszenia o swym istnieniu, o wyjazdach i powrotach; nie zapominają też o szyldach ulicznych, nie obawiając się konsekwencji. Gdy nie udaje im się urządzić własnej „dowolnej“ placówki, mają odwagę stanąć na czele innej, jak to np. świadczy następujący anons: *„Dentysta nieuprawniony, pracujący biegle technicznie i klinicznie, obejmie kierownictwo gabinetu. Oferty sub. „5555“ (P. Nasz Przegląd z dnia 2 kwietnia 1934 r. Nr. 93).*

Tytuł „dentysta“, należy zaznaczyć, przywłaszczyli sobie nieprawnie ci „dowolni praktycy dentystyczni“, jak świadczą o tym ulotki, okólniki i inne druki, rozsyłane do znajomych dla celów propagandowych. Rzecz prosta, władze wykonawcze i Urzędy Skarbowe nie mogą wszystkich znać i energicznie w drodze prawnej zwalczać. Akcja tym bardziej jest otrudniona wobec tego, że „dowolni praktycy“ pracują często w ukryciu, gnieżdżąc się w „odpowiednich“ lokalach, przy fryzjerniach i t. d., wędrując też po domach prywatnych i sklepah, proponując swoje „usługi“ za niskie ceny, a nawet na rozpłaty (raty) tygodniowe lub dzienne! Inni wśród służby domowej mają powodzenie; naturalnie, odwiedziny odbywają się nie przez wejście frontowe i nie w godzinach pracy dziennej. Że pracownicom domowym często bardzo zależy na złotych zębach *z prawdziwego „amerykańskiego złota“* — są to fakty znane. Takie pacjentki spotykaliśmy. Niestety, nie ujawniają one swoich „dobrodziejów“, aczkolwiek im krzywda się stała w następstwie dokonanych przez wędrownych partaczy „zabiegów“.

Jak dawniej, są też obecnie zdobywcy „samodzielnej praktyki“, grasujący po różnych zakładach publicznych, w których wśród personelu pracowniczego mają swoich „protektorów“, prawdopodobnie nie bezinteresownych.

W różnych miejscowościach funkcjonariusze władzy nadzorczej często nie orientują się co do samodzielności tych partaczy; szczególnie to się dzieje w osiedlach zamiejscowych, po osadach, miasteczkach, wsiach, gdzie, jak nam komunikują, ci „samodzielni praktycy dentystyczni“ są panami sytuacji i konkurują z prawnymi praktykami.

Jak nadmieniono, wśród licznego grona pracowników techniczno-dentystycznych w Państwie grupa „samodzielnych“, *niefirmowych,* uprawiających też dentystykę, jest dosyć pokaźna; nikt ich nigdzie nie rejestruje, bowiem pod tym względem nie obowiązują żadne przepisy, ścisłego więc wykazu nikt nie posiada, również my.

Możemy natomiast podzielić się z czytelnikami danymi, zakomunikowanymi nam przez kolegów w różnych okresach czasu. Rzecz dziwna, zamiast w tych sprawach w myśl prawa zwracać się bezpośrednio do czynników miarodajnych, wszelkie szczegóły podawane są tylko do wspólnej wiadomości. Wiemy, iż Wydział Zdrowia Komisariatu Rządu na m. Warszawę, (Długa 50) pomyślnie załatwia wszelkie sprawy, z którymi koledzy do niego się zwracają, a dotyczące „dowolnych i samodzielnych praktyków dentystycznych". Sprawy te z urzędu stąd są kierowywane do właściwych Starostw Grodzkich: Warszawa-Północ — Długa 31, Warszawa-Śródmieście — Nowogrodzka 21, Warszawa-Południe — 6-go Sierpnia 43 i Warszawa—Praga — Szeroka 22, dla dalszej akcji do referatu karno-administracyjnego, lub też do prokuratora Sądu Okręgowego. W tych instancjach każdy wnioskodawca otrzymuje informacje w danej sprawie. W przypadkach odmowy należy się zwracać do wyżej wymienionego Wydziału Zdrowia Komisariatu Rządu, jako do przełożonej władzy tych instytucji.

Warszawa nie mniej ma swoich „niezależnych". Skierowany do nas materiał w omawianej sprawie, rzecz prosta, nie może być w całości wykorzystany ze względu na szczupłość miejsca, jakiego możemy udzielić, tym bardziej, że dotyczy całego Państwa, a z drugiej strony materiał ten często nie podaje ścisłych danych, jest nieraz b. chaotyczny i, rzecz prosta, nie nadaje się do wyzyskania w drodze publicystycznej. Z tego też względu nie może być skierowany do sfer decydujących i jest całkiem bezużyteczny.

Nie wiele powiedzieć można o tych „strusiach", którzy pragną ukrywać się w cieniu. Ta „strusia" polityka, jak wiadomo, stanowi cechę tych, którzy ze względów egoistycznych pragną wyzyskać dobrą wolę, szczere chęci, energię, pracę i stratę czasu innych, niczym więc nie przyczyniając się do zrealizowania każdej poszczególnej akcji dla dobra wspólnego.

Z powyższych też względów nie znamy wszystkich „niezależnych", samodzielnych, bezfirmowych, t. j. nie posiłkujących się firmantkami „praktyków" dentystycznych z grona pracowników techniczno-dentystycznych, często otwarcie posiłkujących się nieprawnie prawnym stopniem naukowym „lekarz-dentysta", lub też tym, który obecnie nie ma waloru prawno-publicznego w Państwie, jednak w oczach publiczności określającym również specjalistę chorób zębów; do tego jeszcze dochodzi nieuznawany u nas tytuł pracownika techniczno-dentystycznego: „*uprawniony technik-dentystyczny*", nie mający w b. zaborze rosyjskim debitu, co bardziej jeszcze potęguje obecny galimatias tytułowy, który spowodował to, że zwykły śmiertelnik z bólem zęba nie wie do kogo właściwie ma się zwrócić, aczkolwiek należność z góry ma przygotowaną w kieszeni.

Dzielimy się skromnym materiałem, wiedząc, że ten daleki jest od wyczerpującej liczby, jednak nie z naszej winy.

Niejaki p. Gołębiowski, technik-dentystyczny, d. przy ulicy Zielnej 12

utrzymywał „gabinet dentystyczny“. Tak głosił szyld uliczny. W pewnym przypadku kol. B., po zdjęciu nałożonej przez tego korony z powodu bólów, stwierdził w zębie (górna prawa szóstka) plombę amalgamatową, a po usunięciu tej zapalenie miazgi. Pacjentów tegoż p. Gołębiowskiego spotykaliśmy również; ci naturalnie, nie znali roli swego „eskulapa“, który przeprowadził się podobno na Pragę. Co więcej, po pewnym czasie objął nawet stanowisko „asystenta“ jako „lekarz-dentysta“ u pewnego kolegi w mieście powiatowym (?!). Na skutek naszej interwencji dostał odprawę. Gdzie obecnie „praktykuje“, nie wiadomo.

Przy ulicy Muranowskiej Nr. 3 „praktykuje“ p. Szpatz A., według książki telefonicznej „uprawniony technik-dentystyczny“. Jak wiadomo, „uprawniony technik-dentystyczny“ w b. zaborze rosyjskim nie ma prawa „występu“ w myśl Rozporządzenia Prezydenta Rzplitej P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej z dnia 10 czerwca 1927 r. (D. U. R. P. nr. 554 z dnia 18 czerwca 1927 r., poz. 476, Obwieszczenie Min. Opieki Społ. z dnia 21 grudnia 1933 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Rozp. Prezydenta Rzp. o wykonywaniu praktyki dentystycznej z dnia 10 czerwca 1927 r., Nr. 4 z dnia 16 stycznia 1934 r.). Tylko Małopolska i b. zabór pruski korzystają z tego tytułu i to z pewnymi ograniczeniami. Czy p. Szp. uzyskał swój „tytuł“ w Małopolsce lub w Poznańskiem zgodnie z ogłoszonymi przepisami prawnymi, nie wiemy. Tak czy owak, przeszczepienie tytułu na nasz teren *pod względem ujęcia prawnego* nie jest w porządku, tym bardziej, że o jakiejj bądź nowelizacji powyższego Rozporządzenia Prezydenta Rzplitej nie słyszeliśmy.

Przy ul. Zamenhofa Nr. 9 w Warszawie od szeregu lat we wspaniale urządzonym t. zw. „gabinecie dentystycznym“ z wszelkimi nowoczesnościami „praktykował“ technik dentystyczny Grende. Pod beznawiskowym szyldem ulicznym pewien czas firmantowała mu l.-dentystka. Pan Grende z biegiem czasu jednak wyzbył się swej opiekunk; firma była już zbyteczna. Co się teraz dzieje, nie wiemy. A podatki?

Przy ul. Ossolińskich Nr. 4 w Warszawie praktykuje technik dentystyczny Tadeusz Sikorski. Praktyk ten nie posiada szyldu ulicznego; twierdzą, iż jest to „uprawniony technik dentystyczny“ z Małopolski, co nie jest zgodne z rzeczywistością, bowiem w spisie telefonów figuruje jako „lekarz-dentysta“ (2-69-63), aczkolwiek w ogólnym urzędowym spisie lekarzy-dentystów nazwisko jego nie figuruje, bynajmniej nie dlatego, iż należy do najmłodszej generacji praktyków, skutkiem czego nie wszedł jeszcze do spisu. Z innej strony wiadomo, iż deklaracje, składane do zarządów telefonicznych, są podpisywane przez abonentów, a dopiero później nazwisko wraz z innymi dodatkami (tytuł naukowy, mieszkanie prywatne i t. d.) umieszczone zostaje w ogólnym spisie. Za ten podpis odpowiedzialna jest osoba zainteresowana. Pan Sikorski, gdyby był „uprawnionym technikiem dentystycznym“, który to tytuł nota bene na naszym terenie nie ma waloru, też nie mógłby tym tytułem się posiłkować.

Przy ul. Nowy Świat Nr. 40 w Warszawie czas dłuższy „praktykował“ bezfirmowy technik dentystyczny Ludwik Pęski. Pan ten wykonywał wszelkie czynności, jemu prawnie niedozwolone. Los zrządził, iż „bomba pękła“. W dniu 29 września 1936 r. Sąd Okręgowy rozpatrywał proces tego technika, oskarżonego o spowodowanie śmierci pacjenta, który zwrócił się do niego w związku z chorymi zębami.

Przy ulicy Krochmalnej Nr. 42 przez długi czas wykonywał „samodzielną praktykę dentystyczną“ technik dentystyczny Lucjan Nordwind, który w wielkim powodzeniu uchodził za „lekarza-dentystę“. Nordwind nawet swego czasu zajmował stanowisko lekarza-dentysty w tramwajach miejskich; dzięki interwencji Związku Lekarzy-dentystów-chrześcijan, został usunięty. Mało tego, założył lecznicę dentystyczną przy ul. Marszałkowskiej 105 róg Chmielnej, tu noga mu się pośliznęła. Okazało się, że w hotelu, mieszczącym się obok tej lecznicy, a będącym własnością Nordwinda, uprawiano za jego wiedzą nierząd W dniu 28 lutego 1936 r. Sąd Okręgowy skazał go na półtora roku więzienia. Dzięki tej interwencji, placówka dentystyczna — „praktyka prywatna“ p. Nordwinda, rzekomego lekarza-dentysty, urwała się, zdaje się, na zawsze.

Niektórzy bezfirmowi technicy dentystyczni *oficjalnie* uznają siebie za „lekarzy-dentystów“.

Technik dentystyczny Maks Szpiro, Wolska 6, oficjalnie figururje w książce telefonicznej jako „lekarz-dentysta“ (6-52-23, str. 279). A wszak wiadomo, iż każdy właściciel telefonu uprzednio osobiście podpisuje wymagany dokument urzędowy formy ustanowionej, za który jest odpowiedzialny.

Technik dentystyczny Izydor Szapiro, Zamenhofa 18, w książce telefonicznej również oficjalnie zaopatrzył się w dopisek „gabinet dentystyczny“ (Nr. 11-81-62), aczkolwiek tego terminu przepisy prawne już nie przewidują dla *prawnych* lekarzy-dentystów. A więc oficjalnie... otwarcie.

Technik dentystyczny Dubiecki, Ś-to Jerska 8, bez firmantki i szyldu, nie gardzi też zębolecznictwem. Swego czasu w pewnym przypadku (obserwowany przez kol. D. K.) Dub. „leczył“ p. E. J. (Ś-to Jerska 28) zęby, po czym nałożył na „wykurowane“ zęby korony; po nałożeniu korony na dolny trzonowiec, twarz spuchła, bóle trwały 2 tygodnie z przebiegiem gorączkowym, co wymagało interwencji kol. K.

Od dłuższego czasu wielu kolegów, zamieszkałych w południowej dzielnicy miasta, zastanawiało się nad zagadkowej treści tabliczką, umieszczoną przy bramie domu przy ul. Marszałkowskiej Nr. 85. Tablica (szyldzik) miała w swej treści jedno tylko zagadkowe słowo „Sanit“. Gdy zaciekawiony przechodzień wchodził do bramy, spostrzegł przy sieni, przy wejściu, po lewej stronie napis: „*Sanit, gabinety dentystyczne z pracownią zębów sztucznych, 2-gie piętro, dzwonek (przycisk po środku tablicy), spółka z ograniczoną odpowiedzialności w skróceniu*“, aby widocznie nie przerażać osoby zainteresowanej.

Wiadomo, że wszelkie spółki handlowe podlegają rejestracji Wydziału

Handlowego Sądu Okręgowego. Czy spółka była tu rzeczywista zgodnie z wymaganiami prawnymi, czy też wprowadzała w błąd osoby zainteresowane, nie wiemy. W „spisie lokatorów“, wywieszonym w bramie tegoż domu, pod właściwym nrem mieszkania figurowało nazwisko *pani Miodyńskiej Janiny bez podania zajęcia.* W oficjalnym spisie lekarzy-dentystów w Warszawie 1933, 34, 36 lekarki - dentystki Janiny Miodyńskiej nie stwierdzono. Natomiast w spisie abonentów telefonów tutejszych pod wskazanym adresem figuruje *p. Miodyński Bronisław (Nr. 9-68-42).*

Od kolegów dowiedzieliśmy się, iż p. Miodyński jako technik dentystyczny miał wielką praktykę bez firmantki. Natomiast jak się przedstawiała *Sp. z ogr. odp. — Sanit*“, nikt również nie wiedział; w jaki sposób posiłkowano się nieistniejącym terminem *„gab. dentystyczne*“ też nie wiedziano. Kto właściwie zorganizował i stanowił spółkę — nie wiemy.

Upłynął pewien okres czasu. Nastąpiła pewna metamorfoza. Tajemniczy szyldzik z napisem „Sanit“ został zdjęty ze ściany domu, ukazała się natomiast tabliczka treści: *„lekar-dentysta Z. Banasiński*“. Przed wejściem na frontową klatkę schodową umieszczono tablicę, opiewającą: *„Gabinety dentystyczne z pracownią zębów sztucznych — 2-ie piętro, dzwonek do dentysty. Drugie piętro.*“ Tu na drzwiach figuruje skromny znaczek: „Gabinet dentystyczny“. Okazuje się, że lekarz-dentysta, Zygmunt Banasiński, stary praktyk, urządził się w lokalu technika dentystycznego Bronisława Miodyńskiego, w którym wykonywa praktykę we własnym urządzeniu, jak o tym oświadczył pewnemu koledze.

Ciekawe zjawisko. Wejście, wiodące do mieszkania p. Miodyńskiego, prowadzi też do mieszkania zamieszkałej o piętro wyżej (III) praktykującej lekarki-dentystki Ireny Schönborn (pracuje też w organizacji pom. dentystycznej dla pracowników miejskich). Zapytana przez nas, czy zainteresowała się tajemniczą *„Spółką Sanit*“ z punktu widzenia ogólno-zawodowego, oświadczyła, że „ma swoich pacjentów, sprawą bliżej nie interesowała się“. Szkoda...

Na terenie Warszawy znany był bezfirmowy technik dentystyczny Jan Klimasiński, Grochowska 156 m. 6. Pan ten „leczył“, wyjmował zęby, nakładał korony i t. d. Pewnej pacjentce B. Pr. (Pl. Napoleona Nr. 3 m. 5) leczył i wyjmował zęby; po „wyleczeniu jednego zęba i nałożeniu korony, wytworzył się ropień ze znacznym opuchnięciem policzka; stan był ciężki, nacieczenie ropne objęło okolicę gardła. Musiała nastąpić odpowiednia interwencja; ząb został usunięty; leczenie następne trwało czas dłuższy. W innym wypadku nastąpiło takież powikłanie: korony były wykonane z metalu nieszlachetnego. Starostwo Grodzkie Śródmiejsko-Warszawskie skazało Klimasińskiego na 7 dni bezwzględnego i 500 zł. grzywny z zamianą na 14 dni aresztu za nielegalną praktykę dentystyczną.

D. c. n

K.

Bibliografia.

Dr. Wolfgang Praeger. Das intraorale Roentgenbild. Ein Ratgeber. Mit 131 Abbildungen. Wyd. J. F. Lehmanns Verlag. Monachium. Str. 80. Cena w kart. RM. 4, w oprawie RM. 5.

Dzieło wprawdzie niewielkiego rozmiaru, zawiera jednak bardzo wiele pożytecznych wskazówek, opartych na cennym materiale osobistym jak również zakomunikowanym autorowi przez kolegów w ciągu trzech lat.

Praca podzielona jest na 9 części. Obejmują one: postępowanie rozpoznawcze, niezbędny materiał pomocniczy, ustawianie filmu i wykonanie prześwietlenia, często popełniane błędy, dalej rozpatrzenie zdjęć oraz uwagi krytyczne.

Następnie autor omawia szczegółowo prześwietlanie korony zęba, korzenia, wyrostka zębodołowego w różnych stadiach i kości szczęki — w stanie normalnym i patologicznym.

Prześlicznie wykonane odbitki zdjęć, obejmujące poszczególne przypadki, tworzą cenny materiał orientacyjny i pouczający pod względem praktycznym, czego nie mamy w podręcznikach. Materiał ten jest ważny nie tylko dla posiadacza aparatu rentgenologicznego, lecz i dla każdego praktyka, korzystającego ze zdjęć rentgenologicznych. A wiadomo, co znaczy w leczeniu zęba niewłaściwe wykonanie zdjęcia.

Wydanie b. staranne na papierze kredowym, odbitki wyraźnie, znać ich źródło doświadczonego rentgenologa. Dzięki ścisłemu ujęciu sprawy, pracę autora można łatwo przestudiować; daje ona wiele praktycznych korzyści.

K.

Dr. Viktor Ilg. Zahnärztliche Keramik. Mit 220 Abbildung. J. F. Lehmanns erlag. Monachium. Str. 208. Cena w oprawie RM. 6,60, w kartonie RM. 5,70.

Autor, uczeń słynnego amerykańskiego ceramika J. F. Hovenstanda (Boston), rozwija temat z punktu widzenia czysto praktycznego. A wiadomo doskonale, iż dziedzina ta stanowi jedną z najważniejszych dziedzin specjalności dentystycznej; w grę tu wchodzi subtelność wykonania pracy jak również naukowe jej ujęcie. Te dwa czynniki decydują o pomyślnych wynikach pracy ku zadowoleniu tak pacjenta jak i praktyka. Droga ta bynajmniej nie łatwa do przebycia.

Praca obejmuje 15 rozdziałów, omawiających: materiały do ceramiki dentystycznej, gatunki porcelany, jej cechy fizyczne, materiały do wycisków i dodatki pomocnicze. Następne rozdziały obejmują wykonanie korony nakrywkowej (t. z. żakietowej) w różnych fazach dla różnych celów oraz we wszelkich modyfikacjach, środki, narzędzia i materiały pomocnicze, zacementowanie korony. Dalsze rozdziały obejmują: przygotowanie plomb porcelanowych, małą ceramikę, glazurowanie, przygotowanie zębów „pontopin", korzeni, zmiany

konturów zębów kupnych i t. d., przygotowanie mostków porcelanowych według różnych autorów. Zasługuje na zaznaczenie, to iż autor uwzględnił też wszelkie inowacje w najdrobniejszych szczegółach. Ścisłe ujęcie każdej poszczególnej sprawy, dokładny wykład przedmiotu, oparty na osobistym doświadczeniu, jak również i na badaniach naukowych, udostępniają praktykowi łatwe korzystanie z wyróżnionego dzieła dla celów praktycznych. Znajdzie on tu nie tylko niezbędne wskazówki, lecz również uwagi krytyczne, rzucające światło na ten lub inny szczegół, niekiedy wprawdzie drobny, lecz mający nader ważne znaczenie. Liczne dokładnie wykonane ilustracje, dotyczące poszczególnej dziedziny lub też przypadku, znacznie ułatwiają korzystanie z dzieła, którym zainteresować się winien każdy, pragnący poświęcić się ceramice.

K.

Prof. Dr. Sicher Harry, Wiedeń. Ueber das Zahnziehen. Z 89 rysunkami w tekście. Nakład: Urban u. Schwarzenberg, Berlin i Wiedeń. Cena: brosz. RM. 7, w oprawie RM. 8.

Ostatnio stosunkowo częściej ukazują się dzieła, dotyczące wyjmowania zębów. Temat ten widocznie nie jest jeszcze przestarzały. Współcześni autorzy dokładnie zastanawiają się nad tym, że zabieg wyjęcia zęba bynajmniej nie należy do drugorządnych, aczkolwiek dosyć często bywa wykonywany przez ludzi niepowołanych, niestety, z niezrozumiałych powodów jeszcze przez niektórych tolerowanych.

W celu całkowitego zrozumienia techniki ekstrakcyjnej, autor obszernie i szczegółowo omawia anatomiczną budowę poszczególnych zębów (koron i korzeni), również kości szczękowych (str. 34). Opis każdego zęba ilustruje dokładnie wykonany rysunek (z różnych stron) w powiększeniu. Cechy te anatomiczne ujęte są w najdrobniejszych szczegółach. Znajomość ich istotnie wiele przyczynić się może do pomyślnego wyniku wykonanej ekstrakcji. Ten dział, zwięźle ujęty bez rozwodzenia się nad różnorodnymi nienormalnościami, rzadko w podręcznikach spotykany, zasługuje na przestudiowanie nie tylko przez młodego, lecz i starszego praktyka, bowiem stale mieć będzie przed oczyma dane pole operacyjne, a więc ma możność właściwego dobierania narzędzia.

W dziale o technice ekstrakcyjnej autor podaje szczegółowy opis narzędzi do poszczególnych zębów obu szczęk. Zasługuje tu na uwagę szereg dźwigni (Beina i in.).

Rysunki, wyraźnie wykonane, ilustrują każdy poszczególny zabieg in situ (nałożenie kleszczy, uchwyt).

Specjalnie też został omówiony zabieg ekstrakcyjny przy zębach wklinowanych i retynowanych w różnych pozycjach.

W końcu autor podaje sposób postępowania przy ranach ekstrakcyjnych oraz różnych komplikacjach.

Praca autora, aczkolwiek ujęta jest w nieco skromnym zarysie, zawiera

jednak wiele b. cennych praktycznych wskazówek, opartych na spostrzeżeniach klinik wiedeńskich.

Wśród dzieł o cechach praktycznych praca autora zasługuje na wyróżnienie.

K.

Dr. Gratzinger Max, Wiedeń. Die Jackettkrone. Korona nakrywkowa. (żakietowa). Kurs dokształcający dla praktyków. Z 98 rycinami w tekście. Nakład: Urban i Schwarzenberg, Wiedeń, Berlin r. 1937, RM. 4.

Autor, wieloletni specjalista w omawianej dziedzinie, szczegółowo traktuje poruszony temat i przytacza szereg cennych wskazówek praktycznych, opartych na osobistym wieloletnim doświadczeniu w środowisku amerykańskim.

W zwięźle i nader dostępnie napisanym podręczniku, odpowiednio ilustrowanym, autor podaje wszelkie szczegóły, dotyczące przygotowania korony porcelanowej (nakrywkowej), a więc: porcelana do tego celu, wskazania, przygotowanie kikuta i wykonanie wycisku, preparowanie kikuta przy różnych typach żywych zębów i b. zniszczonych, zębach bezmiazgowych oraz w braku korony, otrzymywanie modelu i nakładanie formówki (matrycy), dobieranie koloru porcelany, rys historyczny, zestawienia i własności fizycznych porcelany, opis pieca elektrycznego, wypalanie porcelany i wykańczanie korony.

Uwagi doświadzonego autora dotyczą też wielu inowacji i uproszczeń, w znacznym stopniu ułatwiają przygotowanie korony nakrywkowej. Również nowicjusz w tej dziedzinie w b. dostępnym wykładzie potrafi objąć całokształt przedmiotu.

Wydanie b. staranne na papierze kredowym, rysunki są wyraźnie wykonane, w sposób jasny ilustrują każdy poszczególny dział czy też przypadek.

K.

Dr. Goldhammer Karol, Wiedeń. Roentgenologie des praktischen Zahnarztes. Cz. I: Technika zdjęć i anatomia rentgenologiczna zębów i szczęk. R. 1937. Nakład Aeskulap, Wiedeń, Lipsk, Bern. Str. 149, Rysunków 87.

Aczkolwiek rentgenologia, o której znaczeniu nie należy zbyt wiele się rozwodzić, wielkie poczyniła postępy i prac w tej dziedzinie jest już wielkie mnóstwo we wszystkich językach, brak jednak prac, które ściśle odpowiada y by wymaganiom z punktu widzenia praktycznego lekarza-dentysty, który bezpośrednio był by w kontakcie z tą ważną dziedziną rozpoznawczą.

Wprawdzie, wiedeńska szkoła rentgenologiczna dała światu gruntownie opracowane dzieła dla celów dentystycznych (Robinson, Pordes), jednak szybki rozwój techniki rentgenologicznej wymaga stale częstego omówienia różnych spraw, objętych dziedziną rentgenologii.

Praca autora ma właśnie na względzie praktyczne udostępnienie lekarzom-dentystom pewnego vademecum dla celów codziennych. W stosunku do poprzednich prac autora, ogłoszonych w roku 1936 (p. Der Praktische Zahnarzt,

zesz. 1, 2) nowe dzieło zawiera materiał, dotyczący techniki, znacznie rozszerzony i uzupełniony (rentgenografia zębów i szczęk).

Autor słusznie zaznacza, iż praca, omawiająca dwa różne tematy — zębolecznictwo i rentgenologia — nolens volens musi się spotkać z pewnymi trudnościami. Praktyk w swej codziennej działalności zdobywa wiele materiału dla wyczerpującego wyjaśnienia przez rentgenologa.

Praca autora zawiera VI rozdziałów, w których nader dostępnie omówiono następujące tematy: istota i powstawanie promieni rentgenologicznych, wykonywanie zdjęć (film, folia wzmacniająca, kaseta, trzymadło filmowe, różne przyrządy, pozycje pacjenta, ustawianie rury rentgenologicznej, wywoływanie zdjęcia, odczytanie i t. d.), normalna rentgenologia zębów i szczęk, normalna anatomia rentgenologiczna zębów i szczęk osób dorosłych, zdjęcia śródustne i zewnętrzne, boczne, zdjęcia uzębienia mlecznego, w okresie zmiany zębów i starczym.

Dzieło zawiera wszelki niezbędny materiał, dotyczący całokształtu zdjęć rentgenologicznych, bardzo dostępnie zestawiony; nie ma tu owego balastu wielkich podręczników, zbytecznego dla praktycznego lekarza-dentysty. Przestudiowanie nie przedstawia zbyt wielkich trudności.

Nader starannie wykonane rysunki, objaśniające w najdrobniejszych szczegółach (dział fizyczny i specjalnie rentgenologiczny) znakomicie ułatwiają studiowanie wyczerpująco przeznaczonego dla praktycznego lekarza-dentysty dzieła.

K.

Sprawozdania.

Z AKADEMII STOMATOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Sprawozdanie za r. ak. 1935/36.

Uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Ak. St. odbyła się w Auli Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w dniu 7.III.1937 r.

Obecni byli: przedstawiciele władz, wyższych uczelni, instytucji państwowych, naukowych, zawodowych, profesorowie Ak. St., asystenci, delegaci zrzeszeń studentów, przedstawiciele prasy zawodowej i zaproszeni goście.

Zebranie zagaił Rektor Ak. St. prof. dr. Jerzy Modrakowski, który powitał obecnych, dziękując za przybycie na uroczystość. Rektor m. in. zaznaczył co następuje:

Promocja w b. r. ak. odbywa się z opóźnieniem wskutek braku ostatecznego zarządzenia władz nadzorczych w sprawie tytułu dla kończących Ak. St.

Zdaniem profesorów Akademii, tytuł ten winien był wypływać z nazwy uczelni i faktycznego zakresu studiów. Zainteresowane Ministerstwa jednak nie podzieliły tego stanowiska. Po dłuższym rozważaniu zapadła decyzja utrzymania nadal dotychczasowego tytułu, przy czym Ministerstwo W. R. i O. P. oświadczyło, że „nie może uznać za wskazane zastąpienie nazwy ogólnie przyjętej zrozumiałej nazwą zaledwie od niedawna „modną“ i że zadanie swe natomiast widzi w trosce o to, by szkoła miała jak najlepsze warunki rozwoju i dawała jak najgruntowniejsze wykształcenie swym wychowankom. Tym zaś z pomiędzy nich, którzy mają aspirację pracy naukowej, będzie dana możność uzyskania stopnia doktora. Żałować należy, że sprawa ustalenia tytułu zajęła tyle czasu, pochłaniając dużo energii zarówno personelowi uczelni, jak i czynnikom decydującym i w rezultacie nie doprowadziła do rozwiązania zadowalającego wszystkich; grono zaś absolwentów naraziła na duże przykrości, a nawet straty materialne, spowodowane nieposiadaniem dyplomu przez dłuższy okres czasu.

Natomiast należy podnieść z całym uznaniem, że Ministerstwo W. R. i O. P. jednak w sprawie nietytularnej, lecz istotnej, dało wyraz swej życzliwej opieki nad rozwojem Akademii Stomatologicznej, przyznając jej dekretem z dnia 17 grudnia 1936 r. pełnię praw akademii, czyli nie tylko prawo udzielania stopnia naukowego doktora, lecz i kreowania docentów. Każdy więc absolwent Akademii Stomatologicznej obecnie na podstawie rozprawy doktorskiej może uzyskać tytuł doktora. Będzie to niewątpliwie doskonałym bodźcem dla młodzieży do usilnej pracy naukowej i przez to do rozwoju w Polsce jednej z największych i najważniejszych dziedzin wiedzy i sztuki lekarskiej.

Na początku roku szkolnego Rektor Akademii Stomatologicznej dokonał aktu imatrykulacji młodzieży. Niestety, z 543 kandydatów, pragnących wstąpić na studia do Akademii, nie mogło być przyjętych więcej niż 109 osób, czyli tylko każdy 5 kandydat. Rektor podczas imatrykulacji wskazał na to, aby przyjęci jako słuchacze Akademii dołożyli wszelkich starań, celem należytego korzystania z przyznanych im miejsc i możności kształcenia się w uczelni.

Rektor wzywał absolwentów do złożenia ślubowania, które przeczytał, oraz, aby przez podanie mu ręki zobowiązali się do dotrzymania tego ślubowania przez całe życie.

Ustępujący Rektor Ak. St. prof. Roman Nitsch złożył sprawozdanie za r. 1935/36. (podajemy w skrócie).

Rok sprawozdawczy po za troskami o własny gmach szkolny miał za zadanie dalsze zreformowanie studiów w kierunku przedłużenia trwania ich do lat 5, przy zwiększonej liczbie przedmiotów wykładanych. Dokładne opracowanie nowego programu i związane z tym pertraktacje z upatrzonymi przyszłymi wykładowcami zajęło sporo czasu, doprowadziło jednak do przedstawienia Ministerstwu W. R. i O. P. w miesiącu styczniu 1936 r. projektu planu reformy

studiów. Obsadzenie na stałe katedry ortodoncji i dentystyki zachowawczej przyjęło zdecydowany charakter. Wniosek na obsadzenie katedry ortodoncji został przedstawiony Ministerstwu 21.X.1935 r. Na profesora nadzwyczajnego wybrany został doc. dr. M. Zeńczak. Co się tyczy katedry dentystyki zachowawczej, to Rada Profesorów, nie mogąc zdecydować się na wybór między 2 kandydatami, uchwaliła w marcu 1936 r. odłożyć sprawę na 1 rok. I ta jednak sprawa zost… w obrębie Akademii załatwiona wcześniej.

Na stanowiskach pomocniczych sił naukowych zmiany ograniczyły się do ustąpienia lek. dent.: Grodnera, Merklejn-Kucharskiej, Ostaszewskiej, Zmudzkiej i przyjęciu na ich miejsce: l. d. — Gąsowskiej, Morawskiego, Szaniawskiej i Wagnerowej. Lek. dent. Krzywicki przeszedł z Kat. Chirurgii Stomatologicznej do Kat. Dentystyki Zachowawczej.

W roku ubiegłym studiowało 515 osób: na I roku — 127 stud., na II roku — 125, na III roku — 119 stud., na IV roku — 144 stud.

Do egzeminu kwalifikacyjnego zgłosiło się 543 kandydatów, z których przyjęto na I rok 109 stud.

Otrzymało dyplomy 105 absolwentów z 1935/1936 roku (1 zmarł przed wydaniem wyplomów); z 1934/35 otrzymuje dyplomy 21 absolwentów. Nostryfikację dyplomów zagranicznych otrzymuje 16 osób.

Dyplomy z odzanczeniem otrzymali: Kafliński Marian i Mondalska Teresa.

Z Katedry Chirurgii Stomatologicznej wyszły 2 prace naukowe. Z Kotedry Dentystyki Zachowawczej wyszło 12 prac, z Katedry Protetyki Dentystycznej wyszło 8 prac, z Katedry Ortodoncji wyszły 3 prace.

Wiele czasu i energii zużyto ze strony Ministerstwa, jak i władz Akademii nad zagadnieniem tytułu dla kończących Aakademię. Została ona niedawno rozstrzygnięta i to wbrew życzeniom młodzieży Akademii Stomatologicznej, wbrew życzeniom Rady Profesorów tej uczelni a także wbrew opinii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu J. Piłsudskiego, wyrażonej na posiedzeniu 24 kwietnia 1936 r. Rozstrzygnięcie Ministerstwa zapadło wbrew zdaniu dwóch najbardziej kompetentnych w tej sprawie uczelni, a zgodnie z życzeniem innych Wydziałów Lekarskich.

Sprawa tytułu, czy lekarz-dentysta czy lekarz-stomatolog, nie była przez władze uczelni uważane za ważną, ani też na podstawie tego, co się działo, Ministerstwo W. R. i O. P. tej sprawy za ważną nie miało. Tytuł jest bowiem rzeczą zawsze drugorzędną, a treść niemal wszystkim. Czy ukończeni słuchacze Akademii Stomatologicznej będą się nazywali dentystami czy stomatologami, to będą oni zawsze tym czym są, t. zn. lekarzami, uprawnionymi przez Państwo na podstawie przebytych studiów do leczenia chorób zebów i jamy ustnej. I tylko to będzie ważne, jak będą spełniali swe zadanie. Na podstawie kilkuna-

stoletniej obserwacji stwierdzić należy, że wychowankowie Akademii Stomatologicznej (i dawniejszego Państw. Instytutu Dentystycznego) zadanie to wypełniają należycie, źle by było dzisiaj w Polsce z leczeniem chorób jamy ustnej i zębów, gdyby choroby te leczyć mieli tylko doktorzy medycyny, t. j. wychowankowie Wydziałów Lekarskich. Sprawa tytułów została niechętną Akademii i nieładną agitacją doprowadzona do takich rozmiarów, że po mału nie tylko Związek Lekarski, Izby i Wydziały Lekarskie, ale najwyższe czynniki w Państwie i Sejm musiały jej czas poświęcić. Jest to wymowny przykład, jak można rzecz błahą rozdąć do rozmiarów sprawy bardzo ważnej. Ostatecznie Ministerstwo rozstrzygnęło ją nieprzychylnie.

W zakończeniu prof. dr. Nitsch zwrócił się do absolwentów z następującym apelem:

„Słuchacze Akademii Stomatologicznej! Dawaliście w ostatnich latach w czasie pożałowania godnych wykroczeń studenckich na wyższych uczelniah w Polsce przykład porządnego zachowania się. Nie naruszyliście nigdy przyrzeczenia, złożonego przy imatrykulacji, że będziecie posłuszni przepisom uczelni i będziecie się zachowywali tak jak tego wymaga godność studentów szkoły akademickiej. Nie było to łatwe wobec agitacji i podżegania ze strony części młodzieży z innych szkół akademickich, której Wasze porządne zachowanie się bardzo nie dogadzało. Cieszę się, że mogę na Waszą pochwałę publicznie oświadczyć, że w czasie mego trzyletniego rektoratu nie zdarzył się w Akademii Stomatologicznej ani jeden wypadek pobicia studenta przez kolegów, jak to się wielokrotnie zdarzało w innych uczelniach.

Również, ile razy zamierzaliście rozpocząć strajk, ustępowaliście zawsze na moje perswazje. Wskutek tego niemożność prowadzenia wykładów i ćwiczeń z Waszej winy zdarzała się wyjątkowo i trwała zawsze bardzo krótko. Mimo to straciliście dużo godzin nauki z tego powodu, że gdy Uniwersytet był zamknięty lub wykłady zawieszone, nie mogliście uczęszczać na zajęcia do gmachów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu. Nie było to jednak z Waszej winy.

W czasie spełniania moich funkcji rektorskich przykładałem wielką wagę do tego, żeby gorszące zajścia, jakie miały miejsce od kilku lat w wielu Szkołach Akademickich w Polsce, nie zdarzyły się w Akademii Stomatologicznej. Dzięki moim usiłowaniom i Waszemu trzeźwemu i rozsądnemu postępowaniu, to się stało i ta rzecz jest mi pocieszającym wspomnieniem po mojej 3-letniej pracy rektorskiej.“

Otrzymali dyplomy:

1) Angerstein Jadwiga, 2) z Aspisów Holcman Małka, 3) Bakalarek Józef Saturnin, 4) Banaszkiewicz Marta, 5) Baranow Petar, 6) Barcikowski Zbigniew, 7) Beck Henryk, 8) Berger Karol Artur, 9) Berman Berta, 10) Bielak Janina,

11) z Bokalskich Gilerowa Tusnelda, 12) Bonaszewska Zofia, 13) Celnikier Ita, 14) Chadżijew Donczo, 15) Cukierman Boruch, 16) Czerewko Jerzy, 17) Debus Eugenia, 18) Domiszewski Paweł, 19) Dubrawska Irena, 20) Dziedzic Sabina, 21) Dziubińska Hildegarda, 22) Eichborn Olga, 23) Erb Adolf Ozjasz, 24) Erbrych Anna, 25) Fałkowski Stanisław, 26) Frelkiewicz Anna, 27) Frenkiel Helena, 28) Fticzewa Liliana, 29) Garfinkiel Jadwiga, 30) Golachowska Zofia Paulina, 31) Goszczyńska Janina, 32) Grabowski Edmund, 33) Gumejer Tadeusz, 34) Helfenbajn Tauba, 35) Hochdorf Pessel, 36) Huter Fryda, 37) Huterer Bernard, 38) Iliaszewicz Jerzy, 39) Ilutowicz Mojżesz, 40) Janowicz Bohdan Mikołaj, 41) Jankowska Dorota, 42) Jarecka Alina, 43) Jełowicki Jehzy, 44) Kafliński Marian, 45) Kamieniecki Saul, 46) Kania Janina, 47) Kantor Dora, 48) Kantor Frymet, 49) Kelber Edward Leon, 50) Kelz Zygmunt, 51) Kobyłko Melania Otylia, 52) Kołomyjska Adela, 53) Kopankiewicz Janina, 54) Kopeć Irena, 55) Kosowska Dobe, 56) z Koszlów Golanowska Aleksandra, 57) Kowal Aleksander, 58) Kozłowski Wacław, 59) Kurta Lejzor Mendel, 60) Kuszner Aleksander, 61) Lassocińska Stanisława Lechosława, 62) Lichtbach Pesla, 63) Lipska Hanna, 64) Liwszyc Kalman, 65) Łabiszewska Florentyna, 66) Łochowska Eugenia, 67) Łukianowicz Hiacynt, 68) Maciejewska Zofia, 69) Malkiewicz Stanisława, 70) Manterys Irena, 71) Matys Irena, 72) Mierzejewska Sabina, 73) Mins Daniel, 74) Mladenow Ilia, 75) Mondalska Teresa, 76) Morawska Zenobia, 77) Napiórkowska Halina, 78) Niemiłowicz Dymitr, 79) Nieszczyńska Antonina, 80) Nikołow Luben, 81) Offenberger Rudolfina, 82) Opęchowska Hanna Ewa, 83) Pacewicz Anna, 84) Paszkiewicz Wanda, 85) Płomiński Tadeusz, 86) Płoszyńska Wanda, 87) Pojas Sarah, 88) Prabucki Bohdan, 89) Rogacewicz Anna, 90) Rożankowska Daria, 91) Rumińska Balbina, 92) Różyło Zofia, 93) Rybołowicz Zofia, 94) Samuel Alicja, 95) Segał Leon, 96) Siestrzencewicz Krystyna, 97) Silberberg Felicja, 98) Słońska Halina, 99) Smolarz Sara, 100) Sobkowska Halina, 101) Sożańska Irena, 102) Studziński Jan, 103) Sturm Franz, 104) Sundman Henryk, 105) Sztyller Wanda, 106) Schott Herbert, 107) Schultz Zofia, 108) Stendig Leon, 109) Szweda Arnold Józef, 110) Szymańska Sabina, 111) Sztucki Berek, 112) Ślósarczyk Zbigniew, 113) Świątecka Irena, 114) Taubenfeld Alfred, 115) Tonchu Ru Tadeusz, 116) Topolińska Maria, 117) Turowicz Tatiana, 118) Wachnowska-Mianowska Łucja, 119) Wałda Edward, 120) Wejt Witold, 121) Wencel Wiesława, 122) Wiciński Olga, 123) Wolińska Janina, 124) Wosiński Zygmunt, 125) Wójcikiewicz Emil, 126) Władyczko Natalia Maria, 127) Brodzic-Zawadzki-Ochocki Witold, 128) Zajfman Bajla, 129) Zaks Stanisław, 130) Zazula Elza, 131) Zimińska Jadwiga, 132) Zingol-Benzef Nina, 133) Zwecher Ela, 134) Żelichowska Kazimiera.

Doc. Dr. Szpelski wygłosił wykład p. t. „Hormony i ich rola w dentystyce.“

COAGULEN

fizjologiczne haemostaticum

Wskazania:

Krwotoki po ekstrakcji
W alweotomiach
Po innych zabiegach, urazach itp.

Stosowanie: przepłukiwanie roztworem 3—5% lub tamponowanie (można również posypać tampon samym proszkiem), względnie wstrzyknięcie 2 — 4 amp. po 1,5 cm^3 w miąższ dziąsła wzgl. w tkankę krwawiącą.

Opakowania:

Proszek. Opak. po 2,5, 5,0 i 10,0 g.
Tabletki (do przyrządzania roztworów) à 0,5 g. Opak. po 5 i 20 szt.
Ampułki à 1.5 cm^3. Opak. po 5 i 20 szt.

Roztwory Coagulenu są mętne, lecz filtrować ich nie należy. Wyjaławia się je przez gotowanie.

Z piśmiennictwa:

Jeżeli po zastosowaniu zwykłych metod krwawienie nie ustaje, zaleca się następujące sposoby postępowania:
1) Przy krwawieniu z dna zębodołu należy zębodół osuszyć sterylizowaną gazą i .... lub jeszcze lepiej, wytamponować go paskiem gazy szerokości 1 cm., nasyconej Coagulenem. Celem zwilżenia gazy otwiera się jedną ampułkę 3% roztworu Coagulenu i zanurza w niej jeden koniec paska gazy.
2) Przy krwawieniach z dziąsła stosuje się w sposób wyżej opisany, tamponadę watą zwilżoną Coagulenem Bardzo dobre okazało się również przestrzykiwanie zębodołu Coagulenem i wstrzykiwanie tego haemostaticum w krwawiące dziąsło. Hottemer (Zahnarztliche Rundschau Nr. 25, 1933)

Y. Kitami przed usuwaniem zębów u pacjentów cierpiących na krwawiączkę (haemophilia) lub plamicę (purpura) podaje mniejwięcej 30 min. przed zabiegiem 50—100 cm^3 5% roztworu Coagulenu per os. po ukończeniu zabiegu wstrzykuje jeszcze 3% roztwór Coagulenu podskórnie lub dożylnie. W ten sposób zawsze i całkowicie daje się osiągnąć pożądany efekt.
Y. Kitami (Shinshika Iho, Nr. 212, 1935)

Ś. p. Franciszek Goldberg - Górski

W dniu 5 kwietnia 1937 r. w Warszawie zmarł jeden z najstarszych i najpoważniejszych przedstawicieli naszego zawodu ppułk. w st. spoczynku lekarz-dentysta ś. p. Franciszek Goldberg-Górski, b. kierownik Oddziału Stomatologicznego 1 Wojskowego Szpitala Okręgowego.

Ś. p. Franciszek Goldberg-Górski urodził się dnia 4 września 1863 r. w Płocku. Studia dentystyczne ukończył w Warszawie, otrzymując dyplom na stopień dentysty w r. 1889 przy uniwersytecie w Warszawie. Na dalsze studia wyjechał do Berlina i Wrocławia, gdzie przebywał dwa lata, pracując pod kierunkiem ówczesnych powag na polu dentystyki.

Po wprowadzeniu u nas w r. 1891 reformy studiów dentystycznych, w r. 1895 złożył egzamin na stopień lekarza-dentysty przy uniwersytecie warszawskim. Tu pomimo trudnych warunków egzaminacyjnych, złożył chlubnie egzamin, wykazując wiele wiedzy ogólno-lekarskiej i specjalnej.

Już od początku swej kariery zawodowej, po powrocie ze studiów dentystycznych z zagranicy, rozpoczął nad sobą bardziej intensywną pracę, pogłębiając stale swą wiedzę.

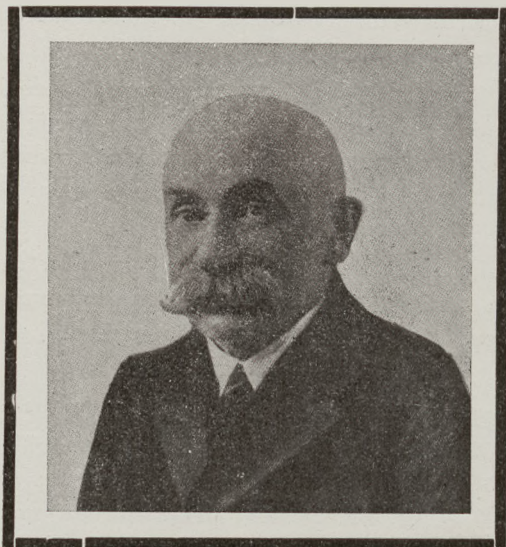
Gdy w r. 1898 ś. p. dr. Dzierżawski przystąpił do wydawania pierwszego w języku polskim organu zawodowego — „Przeglądu Dentystycznego" i zgromadził koło siebie grono chętnych ludzi do pracy, ś. p. Goldberg-Górski również przystąpił do pożytecznej akcji i w miarę możności pismo popierał referatami z pism zagranicznych. Uwzględnił też następnie powstałe po „Przeglądzie" w r. 1906 nasze pismo.

W powstałym w r. 1906 w Warszawie pierwszym zrzeszeniu zawodowym — Towarzystwie Odontologicznym Zmarły w ciągu kilku lat był członkiem zarządu, zajmując stanowisko skarbnika, a w r. 1917—18 piastował godność prezesa tegoż.

Działalność Jego naukowa dotyczyła tu najróżnorodniejszych tematów z dziedziny zębolecznictwa, protetyki i szeregu ciekawych przypadków klinicznych. Na prowadzonych na zebraniach dyskusjach Zmarły wykazywał znajomość całokształtu poruszonego tematu, obejmując szerokim wzrokiem wielkie obszary tak medycyny ogólnej jak i naszej specjalności.

Wspólnie z trzema kolegami Zmarły zorganizował w r. 1910 Kursy Dokształcające przy ul. Marszałkowskiej 88. Ta idea stworzenia placówki o charakterze naukowym przyświecała Mu od dawna. Rozumiał, że w braku takiej placówki ideowej trudno osiągnąć ów postęp, jaki spotykamy gdzie indziej. Niestety, nie zrozumiano Go. Pomimo włożonej w nowopowstałą instytucję dużego zasobu pracy osobistej, uległa ona zwinięciu.

Gdy w r. 1914 wkrótce po wybuchu wojny światowej w Warszawie wskutek wielkiego napływu rannych i przepełnienia szpitali utworzono Lazaret Miejski o 2000 łóżkach (dnia 5 września 1914 r. w gmachu b. Korpusu Kadetów w Al. Jerozolimskich), ś. p. Goldberg-Górski zorganizował tam Oddział dla uszkodzeń szczęk.



Gdy następnie wobec co raz zwiększającej się liczby t. zw. szczękowo rannych powstał przy Uniwersyteckiej Klinice Chirurgicznej przy ul. Nowogrodzkiej II-gi Lazaret Miejski, składający się z dwóch oddziałów: A. (dr. Aleksander Zawadzki i B. (dr. Henryk Sztabholc), kierownictwo I-go objął ś. p. Goldberg-Górski (2-go niżej podpisany). Dwa te oddziały liczyły po kilkadziesiąt łóżek. W niezwykłym nawale pracy i wobec braku pomocy specjalnej i tu należało przezwyciężyć wiele trudności, bowiem brakowało odpowiednich środków materialnych. Pomimo ciężkiej, wyczerpującej pracy w I-szym Lazarecie Miejskim w b. Korpusie Kadetów, Zmarły w II-gim Lazarecie przy Uniwersyteckiej Klinice Chirurgicznej nie mniej pilnował Oddziału. Pracował z tym samym zapałem i poświęceniem do późnej nieraz nocy, wykazując wiele twórczej pomysłowości.

W chwili tworzenia się armii polskiej podczas wybuchu wojny polsko-sowieckiej w r. 1920 Zmarły, mając lat 50, wstąpił do W. P. jako zwykły żołnierz, ofiarowując bezinteresownie swoją pracę. Objąwszy stanowisko konsultanta w I Okręgowym Szpitalu Wojskowym im. Marszałka Piłsudskiego, kontynuował umiłowaną przez siebie pracę w dziedzinie uszkodzeń szczękowych. Była to praca poważna w niezwykłych warunkach, nacechowana samozaparciem, obowiązkowością, sumiennością; już od samego początku zdziałała wiele.

Gdy wreszcie zorganizowany Czyn dał Polsce wolność i Niepodległość, gdy armia polska ukształtowała się już na trwałym fundamencie we wszystkich jej dziedzinach, również szpitalnictwo zyskało wzorowe placówki, wśród których I Okręgowy Szpital Wojskowy im. Marszałka Piłsudskiego ostatecznie stanął na wysokim poziomie, ś. p. Goldberg-Górski na zlecenie władz wojskowych objął kierownictwo zorganizowanego specjalnego Oddziału Stomatologicznego. Na odpowiedzialnym tym stanowisku szerzej jeszcze rozwinął swą pracę, doznał gorącego poparcia swoich przełożonych, wykazał swe niepospolite zdolności twórcze, gruntując u nas tak ważny dział szpitalnictwa, wzbudzając wśród otoczenia niezwykły szacunek, dzięki swemu przywiązaniu do placówki i niezwykłej pilności, bowiem nie opuszczał ani jednego dnia pracy, co zdarzyć się mogło chyba wyjątkowo wskutek ciężkiej choroby.

Aczkolwiek okres działań wojennych dawno minął, i materiał kliniczny odnośnie do uszkodzeń szczękowych się zmniejszył, ś. p. Goldberg-Górski pracował nadal w tym kierunku, wprowadzając różne modyfikacje, inowacje, starając się nawiązać ścisły kontakt z chirurgią jamy ustnej i twarzy. Niezależnie od tego wprowadzał różne inowacje w dziedzinie lecznictwa. Między innymi wprowadzony przez Niego sposób leczenia promienicy przy pomocy podchlorynu sodu zyskał ogólne uznanie. Praca Jego, wydrukowana z tej dziedziny w r. 1933 w „Przeglądzie Chirurgicznym", zasługuje na wyróżnienie wśród prac w ostatnich latach ogłoszonych.

Niezmordowana praca szpitalna, rzecz prosta, z konieczności ograniczyła praktykę prywatną, której jednak nie mógł całkiem zaniechać. Wielkie uznanie i zaufanie pacjentów nie pozwoliły Mu spocząć; pracę tę ciężką, aczkolwiek w granicach skromnych, podtrzymywał. I na tym więc terenie pracy spełniał wiernie Swój obowiązek prawie do ostatniej chwili życia.

Gdy w r. 1920 powstał w Warszawie „Związek Lekarzy-dentystów chrześcijan", ś. p. Goldberg-Górski już od pierwszej chwili brał nader czynny udział w jego życiu naukowym. I tu, jak poprzednio w b. T-wie Odontologicznym, nie było prawie zebrania, na którym by nie zgłosił referatu z różnych dziedzin dentystyki, lub też pokazu klinicznego z bogatej Jego działalności szpitalnej. Stanowił On najtrwalszy filar Związku. Jeżeli mówić o charakterze naukowym Zrzeszenia, musimy przyznać całkiem zasłużenie, iż właśnie On ten charakter tu nadał, dzięki swej wielostronności zainteresowań, czy to z dziedziny zębolecznictwa, protetyki, ortodoncji, czy też ortopedii twarzy i szczęk. Biorąc żywy udział w dyskusjach na zebraniach, utrzymywał je zawsze na wysokim poziomie, ze swej strony szanując myśli oraz poglądy innych, szczególnie, gdy dopatrywał się słusznych twierdzeń, opartych na pewnikach naukowych. Natomiast wyróżniała się umiejętność Jego rozprawiania się z tymi naukowcami w dyskusjach, którzy z zasady „lubią" głos zabierać nawet w dziedzinie im obcej. Operując się na ścisłych pewnikach, zawsze był w stanie stwierdzić bezpodstawność twier-

dzeń „oponenta z zasady", niekiedy pragnącego zaimponować otoczeniu „wszechwiedzą".

Dbając o stronę materialną kolegów, ś. p. Goldberg-Górski staje jeszcze w r. 1909 (24 maja) w gronie kolegów jako członek-założyciel „Kasy Wzajemnej Pomocy Odontologów Polskich", która 20 kwietnia 1930 roku połączona z Kasą Lekarzy-dentystów-chrześcijan" istnieje dotychczas jako „Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy-dentystów Rzplitej Polskiej". Zmarły przez cały czas istnienia Stowarzyszenia zawsze je popierał wszelką akcją.

Ś. p. Goldberg-Górski, krocząc stale naprzód, bywał na zjazdach odontologicznych tak zagranicą jak i w kraju, na niektórych zgłaszając referaty (p. niżej).

Jako jednostka o głębokiej wiedzy i zasłużona dla zawodu, w r. 1932 ś. p. Goldberg-Górski wybrany został członkiem honorowym „Związku Lekarzy-dentystów-chrześcijan".

Jako kolega, ś. p. Goldberg-Górski, dzięki swym zasługom cieszył się wielkim szacunkiem; ceniliśmy Jego wiedzę i niewyczerpaną pracę, dzięki której wzbił się na wyżyny, zdobywając zasłużone stanowisko.

To też należy Mu się od całej korporacji naszej symboliczny wieniec uznania zasług za Jego ugruntowanie u nas ortopedii szczęk i twarzy i ustalenie mocnego jej związku z chirurgią ogólną.

W skromnym i pracowitym żywocie Zmarłego obok umiłowania zawodu występuje gorące przywiązanie do Ojczyzny; we wszystkich Jego czynnościach, we wszystkich Jego wystąpieniach uwydatnia się szczery patriotyzm.

Zmarły, pracując od wczesnych lat swej kariery zawodowej nad sobą i wybraną przez siebie specjalnością bez wytchnienia, tworząc życie naukowe naszych zrzeszeń, wygłaszając imponującą ilość referatów, wprost fizycznie nie był w stanie ich ogłaszać w całości; streszczenia ich spotykamy często na łamach pism specjalnych.

Ze zgonem ś. p. Goldberg-Górskiego schodzi do grobu nie tylko nestor lekarzy-dentystów polskich, schodzi także człowiek niepospolitych sił umysłu. obywatel niezwykły. Życie Jego było pasmem pracy i zasługi, która imię Jego uczyniła głośnym w Polsce.

My, świadkowie Jego niestrudzonej pracy, patrzyliśmy na człowieka niepospolitego, który pokonał wszelkie trudności swego zawodu, a zdobywszy samorzutnie rozległą wiedzę i bogate doświadczenie, oddał je całe na usługi społeczeństwa. Dowodem sympatii, uznania i szacunku, jakim się Zmarły cieszył. był tłumny Jego pogrzeb, w którym brali udział liczni lekarze cywilni i wojskowi na czele z gen. dr. Rouppertem, Szefem Dep. Zdrowia M. S. Wojsk., przedstawiciele korporacji lekarskich, dentystycznych i innych oraz liczne grono przywiązanych do Niego pacjentów dla oddania ostatniej posługi szlachetnemu obywatelowi i zacnemu koledze.

Mszę żałobną w Kościele Św. Jana Archikatedralnym celebrował J. E. Ks.

arcybiskup polowy Gall. Na miejsce wiecznego spoczynku od bramy cmentarnej trumnę zanieśli lekarze wojskowi, towarzysze pracy szpitalnej Zmarłego.

Nad otwartą mogiłą przemówił przedstawiciel I Okręgowego Szpitala Wojskowego im. Marszałka Piłsudskiego, dr. Cianciara, który zaznaczył zasługi Zmarłego w niezmordowanej pracy szpitalnej, następnie w imieniu „Związku Lekarzy-dentystów-chrześcijan“ kol. Mokrzycki, kreśląc ciepłymi i jasnymi barwami wiernie sylwetkę Zmarłego, jako znakomitego specjalistę, nieskazitelnego obywatela i kolegę, składając hołd Jego zasługom.

Konduktowi na Powązki towarzyszyła z orkiestrą na czele kompania wojskowa, która oddała Zwłokom przepisane honory.

Ś. p. Goldberg-Górski ogłosił drukiem następujące prace:

1. „Przyczynek do zachowawczego leczenia miazgi zębowej. Zastosowanie czterotlenku osmu.“ Rzecz wygłoszona w Sekcji Dentystycznej IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie w r. 1900. Przegląd Dentystyczny Dr. Dzierżawskiego, nr. 12 r. 1900.

2. „Sód metaliczny (natr. metallicum) jako środek odkażający miazgę z przestarzałą zgorzelą“. Rzecz wygłoszona w Sekcji Dentystycznej IX Zjazdu i Przyrodników Polskich w Krakowie w r. 1900.

3. „O szynach kauczukowych przy złamaniach szczęk“. Kronika Dentystyczna nr. 3 r. 1906.

4. „O nowotworach jamy ustnej“. Kronika Dentystyczna nr. 3 r. 1907.

5. „O powikłanych złamaniach szczęk i sposobach ich leczenia“ R. 1917.

6. „Leczenie złamań żuchwy z ubytkiem przez wywołanie samoistnego tworzenia się mostków kostnych“. Polska Dentystyka nr. 9 r. 1923.

7. „O guzach zapalnych szczęk“. Polska Dentystyka nr. 1 r. 1924.

8. „Organizacja służby dentystycznej w wojnie ruchomej i pozycyjnej. Organizacja szpitali dla szczękoworannych w głębi kraju“. Referat wygłoszony w dniu 2 czerwca 1927 r. w Sekcji Dentystycznej IV Kongresu Międzyn. Medycyny i Farmacji Wojsk. odb. w Warszawie dn. 28 maja do 5 czerwca 1927 r. Kronika Dentystyczna nr. 9—10 r. 1927.

9. „Kilka słów o dostawkach t. zw. podpartych lub czynnościowych“. Przegląd Dentystyczny Dr. Brenneisena nr. 2 r. 1932.

10. „Nowy sposób leczenia promienicy twarzy i szyi“. Z Oddziału Stomatologicznego I Szpitala Okręgowego im. Marszałka Piłsudskiego w Warszawie. P. Przegląd Chirurgiczny. Z. 4 t. XII r. 1933.

Zarząd Związku Lekarzy-dentystów-chrześcijan w dniu 30 kwietnia 1937 r. w siedzibie własnej przy ul. Brackiej 18, o godz. 9 w., urządził Akademię ża-.obną ku uczczeniu pamięci ś.p. Goldberga-Górskiego, członka honorowego Związku. Na Akademii obecni byli najbliżsi i dalsi członkowie rodziny Zmarłego, koledzy członkowie Związku, przedstawiciele zrzeszeń pokrewnych, delegaci szpitalnictwa wojskowego. Akademię zagaił prezes T-wa kol. Stokowski, który

zaznaczył wielką stratę, jaką poniosła dentystyka polska, po czym uczczono pamięć ś. p. Zmarłego przez powstanie z miejsc i zachowanie minutowej ciszy. Kol. Mokrzycki obszernie omówił działalność naukową i praktyczną ś.p. Goldberg-Górskiego. Dr. kpt. Borusiewicz przedstawił działalność Zmarłego na terenei Oddziału Stomatologicznego Szpitala Wojskowego im. Marszałka Piłsudskiego.

P. Bohdan Marconi, przedstawiciel Muzeum Narodowego, scharakteryzował Zmarłego, jako wielkiego znawcę sztuki polskiej i hojnego ofiarodawcę na rzecz Muzeum Narodowego. *K.*

Kronika.

EGZAMIN DLA TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH W DRUGIM TERMINIE.

Zgodnie z § 4 p. 6 Rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 12 kwietnia 1937 r. (Dz. U. Rzp. P., nr, 33 z dnia 30 kwietnia 1937 r.) w Warszawie w drugim terminie w dniu 2 września r. b., odbył się egzamin dla techników dentystycznych. Komisję egzaminacyjną tym razem stanowili: delegat Ministerstwa Op. Społ. naczelnik Wydziału dr. Kowalczewski oraz dwaj członkowie lekarz-dentysta Aleksander Ujejski i lekarz-dentysta Leon Sachs, prezes Związku Lekarzy-dentystów w P. P. Tym razem egzaminujących się osób było 14, z których 12 złożyło egzamin z pomyślnym wynikiem, 2 zaś nie zdali. Poprzednio w pierwszym terminie 24 lipca r. b. było 15 osób, które złożyły egzamin z pomyślnym wynikiem, w drugim terminie osób 12, razem osób 27. Należy przypuszczać, iż powyższe 2 serie egzaminów były już ostateczne. Jak wiadomo, w grudniu r. bież. upływa 10 lat od prekluzyjnego terminu, będącego w związku z ogłoszeniem Rozporządzenia Prezydenta Rzp. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej z mocą Ustawy.

OSOBISTE.

Na wniosek Ministerstwa Wyznań Rel. i Ośw. Publ. Pan Prezydent Rzeczypospolitej zamianował wśród grona profesorów na wyższych uczelniach państwowych doc. dra Konrada Szepelskiego Akademii Stomatologicznej w Warszawie *profesorem* tejże uczelni.